Rok XL. Kraków, 9 Listopada 1901. Nr 45.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

## Przyczynek do powstawania względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej *(insuf. tricuspidalis relativa)* przy zmianach w tętnicy głównej *(aorta)*.

Podał

**Dr. Juliusz Marischler**

asystent kliniki.

Według dzisiejszego stanu nauki wytworzenie się względnej niedomykalności zastawek serca schodzi się z powstaniem rozstrzeni komór sercowych, czyli jest dalszym ciągiem niewydolności mięśnia sercowego. Mam tu na myśli naturalnie tylko zastawki żylne, jak dwu- i trójdzielna; zastawki zaś półksiężycowe tętnicy głównej i płucnej pozostawiam na boku, gdyż względna ich niedomykalność występuje właśnie przy schorzeniach głównych tętnic, a nie mięśnia sercowego.

Niedomykalność względna zastawki trójdzielnej występuje — jak wiemy — stale, jako wynik niedomogi komory prawej przy tych sprawach chorobowych, w przebiegu których komora prawa całą siłą dłuższy czas musi pracować, a więc gdzie dla pokonania oporów w małem krążeniu serce prawe zużywa prawie całą siłę zapasową. Stosunki tego rodzaju zachodzą najczęściej w niewyrównanych wadach zastawki dwudzielnej i ujścia żylnego lewego, w schorzeniach przewlekłych płuc, jak rozedma płuc, stwardnienie miąższu płucnego, rozległych zrostach opłucnowych itd. Wszystkie te sprawy chorobowe sprowadzają zwykle przerost odśrodkowy komory prawej, a ponieważ każdy przerosły odcinek mięśnia sercowego wskutek dalszego trwania przyczyny, wywołującej przerost, zużywa coraz większą ilość swej siły zapasowej, czyli, jak się wyrażamy, pracuje mniej lub więcej „maksymalnie,“ przeto równowaga pracy mięśnia sercowego jest bardzo chwiejną i małe już dalsze wymogi mogą doprowadzić do poważnej i wzrastającej niewydolności mięśnia sercowego.

O ile niedomykalność względna zastawki trójdzielnej przy zmianach w zastawce dwudzielnej i ujściu żylnem lewem jest częstym objawem chorobowym, to o wiele rzadziej spotykamy się z tą zmianą w wadach tętniczych serca lewego. W tych wadach zastawkowych wyrównanie odbywa się przedewszystkiem przez wzmożoną czynność komory lewej. Zależnie od stanu mięśnia lewej komory dochodzi tu do mniejszej lub większej rozstrzeni tej komory, a więc w przeciwieństwie do wad żylnych należałoby się spodziewać możliwości wytworzenia się w pierwszej linii względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, co też rzeczywiście ma miejsce.

Daleko mniej zwracamy uwagi na przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej, w których przychodzi do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej bez jakichkolwiek zmian pierwotnych lub następowych na zastawce dwudzielnej.

Niedomykalność względna zastawki trójdzielnej jest, jak wiemy, dalszym ciągiem obrazu niedomogi prawej komory. Wypada nam się więc zastanowić, w jaki sposób niedomykalność zastawek tętnicy głównej, bez zmian równorzędnych lub następowych w ujściu żylnem lewem lub w zastawce dwudzielnej, bez zmian w krążeniu płucnem *(emphysema, induratio, concretio pleurae cte.)* może się odbić na komorze serca prawej. Przyczyn tych może być kilka.

Przedewszystkiem musimy zwrócić uwagę na stan mięśnia lewej komory. Jeżeli lewa komora przy niedomykalności zastawek tętn. głów. niedomaga i przy każdym skurczu niewypróżnia się zupełnie, lub też jeżeli mięsień sercowy w całości jest mniej lub więcej zwyrodniały, przyjść łatwo może do niedomogi tak lewej jak i prawej komory, w następstwie czego rozwija się, jak wiemy, ogólny zastój żylny.

Są znane jednak przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej, gdzie nie mamy żadnych objawów niedomogi komory lewej, a mimo to występuje obraz biernego przekrwienia ogólnego, mogącego posunąć się aż do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Na te właśnie przypadki zwrócili w ostatnich czasach znowu uwagę dwaj autorowie: E. Grawitz[1]) i Eschenhagen[2]).

Autorowie ci opisują przypadki, w których pomimo zupełnie wyrównanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej spostrzegali tworzenie się biernego przekrwienia wątroby, jako pierwszego objawu ogólnego zastoju żylnego. Grawitz słusznie zwraca uwagę, że w tych przypadkach mogłyby się czasem nasunąć pewne wątpliwości co do rozpoznania tła powiększenia się wątroby, zwłaszcza wobec braku zupełnego jakiegokolwiek objawu, wskazującego na osłabienie czynności lewej komory. Radzi on w tych przypadkach uciec się do badania zapomocą promieni Röntgena, a zwłaszcza zwracać uwagę na boczne granice serca. I rzeczywiście tak Grawitz, jak i Eschenhagen znachodzili w swych przypadkach obok powiększenia serca w kierunku osiowym także znaczne powiększenie rozmiarów serca w kierunku poprzecznym. Przyczyna powiększenia serca w kierunku poprzecznym, jak i przekrwienia biernego wątroby, została wyświetloną dopiero na stole sekcyjnym. Przekonano się, że powiększenie serca w kierunku poprzecznym było spowodowane rzeczywiście rozstrzenią komory prawej; po-

[1]) E. Grawitz: Über das Zustandekommen von venösen Staungen bei völlig compensirten Insuff der Aortaklappen. (Deutsche med. Wochsch. Nr. 20 1899).

[2]) Eschenhagen: Über das Zustandekommen cyanotischer Leber schwellung bei Aorteninsuffitientz. (Inaugur. Dissert. Berlin).

jemność jej jednak nie wiele się różniła od stanu prawidłowego, lub nawet była mniejszą, a to z powodu wpuklenia się przegrody międzykomorowej do światła komory prawej. Mechanizm powstawania tej sprawy byłby więc następujący: wskutek cofania się pewnej ilości krwi podczas rozkurczu komory lewej, spowodowanego niedomykalnością zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, przychodzi do przepełnienia komory lewej na początku skurczu; mięsień komory lewej musi wskutek tego uledz przerostowi, a komora równocześnie rozstrzeni. Rozstrzeń ta w miarę dalszego trwania niedomykalności jeszcze bardziej się powiększa, a powiększając się równomiernie we wszystkich kierunkach, doprowadza przegrodę międzykomorową do wpuklenia się do przestworu komory prawej, co tem łatwiej stać się może, że już w prawidłowych warunkach ciśnienie krwi w prawej komorze jest znacznie niższe, niż w lewej. Następstwa tych stosunków są łatwe do przewidzenia. Prawa komora wskutek tego w pojemności swej pomniejszona, nie mogąc pomieścić tak łatwo, jak w stanie prawidłowym, całej ilości krwi, wpływającej za każdym skurczem przedsionka prawego, doprowadza do ogólnego zastoju żylnego, a w pierwszej linii odbijającego się na żyłach wątrobowych. W przypadkach Grawitza i Eschenbacha oprócz tych zmian, t. j. wpuklenia się przegrody międzykomorowej do przestworu komory prawej, znaczne powiększenie się serca w kierunku poprzecznym doprowadziło do ucisku na żyłę próżną dolną, a do obrzęku na kończynach dolnych nie przyszło dlatego, gdyż wytworzyło się uboczne krążenie przez żyłę nieparzystą *(v. azygos)*.

O wpuklaniu się przegrody międzykomorowej do przestworu komory prawej i o następowym zastoju żylnym wspomina już Neusser[3]) (1894), podając, że sinica zdarza się i w niedomykalności zastawek tętnicy głównej, obok innych przyczyn i wskutek pomniejszenia przestworu komory prawej, jako wyniku wpuklenia się przegrody międzykomorowej do komory prawej.

Jak z tego krótkiego zestawienia widzimy, rozmaite przyczyny mogą w niedomykalności zastawek tętnicy głównej doprowadzić do sinicy, względnie do zastoju żylnego, a nieraz i do wytworzenia się niedomykalności względnej zastawki trójdzielnej.

W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy schorzenia samej ściany tętnicy głównej lub tętnic obwodowych nie mogłyby się odbić na komorze prawej, względnie zastawce trójdzielnej? Jak wiemy, ogólna miażdżyca tętnic obwodowych i towarzyszące zawsze tym zmianom podwyższenie ciśnienia krwi w układzie tętniczym dużym, może dać powód do przerostu komory lewej, lecz przerost ten jest t. z. dośrodkowy, t. j. bez równoczesnej rozstrzeni komory lewej. Dopiero w okresie niewydolności mięśnia lewej komory moglibyśmy spodziewać się przy miażdżycy tętnic obwodowych jakichś zmian ze strony komory prawej i zastawki trójdzielnej. Podobnie i tętniaki tętnicy głównej, niesprowadzając zwykle przerostu komory lewej, zwykle nie odbijają się na czynności prawej komory w sposób zwyczajny. Mogą one jednak swem umiejscowieniem dać powód do poważnych zaburzeń w czynności prawej komory tak, że wytworzona wskutek tego niedomykalność zastawki trójdzielnej może zająć dominujące stanowisko w zbiorze objawów w danym przypadku i może dać powód nieraz do mylnego rozpoznania.

[3]) E. Neusser: Cyanose w »Interne Medicin«, wydawanej przez Draschego, 1894.

Na te właśnie przypadki chciałbym zwrócić uwagę na podstawie spostrzeżenia, jakie miałem sposobność uczynić w lwowskiej klinice lekarskiej i którego opis w krótkości przytaczam.

Chory J. B., lat 54, urzędnik sądowy, przyjęty do kliniki 30 listopada 1899 r. Rodzice chorego nie żyją, ojciec zmarł w 56 r. ż. z powodu zapalenia płuc, matka zaś, mając lat 63, jakoby na »ogólne wyniszczenie«. Sam chory w dzieciństwie nie przebywał żadnych chorób; mając lat 24 uległ zakażeniu kiłowemu. W kilka lat później dostał, jak podaje, nieżytu pęcherza, który trwał przez cztery miesiące. W r. 1897 rzekomo wskutek przeziębienia dostał silnych dreszczów, gorączki, skarżył się na kłócie w boku prawym, przyczem męczył chorego kaszel, połączony z plwociną dość obfitą, pomieszaną z skrzepami i nitkami krwi. Leżał wtedy przez trzy tygodnie w łóżku. Od tego czasu nie czuł się już zupełnie zdrowym, gdyż przez cały rok następny ciągle pokaszliwał. W lipcu 1899 r. udał się do Szczawnicy i po sześciotygodniowym tam pobycie czuł się o tyle lepiej, że mógł się oddawać swym obowiązkom zawodowym. Dopiero trzy tygodnie przed wstąpieniem do kliniki uczuł nagle przy chodzeniu bóle w żołądku i w okolicy wątroby, połączone z uczuciem pełności w żołądku i, jak się chory wyraża, »rodzajem parcia pod piersiami«. Tym objawom towarzyszyły: nawał krwi do głowy, osłabienie chwilowe wzroku, latanie płatków i iskier przed oczyma, a przytem uczucie jakby wypychania gałki ocznej z oczodołu. Do tego dołączała się również dość znaczna duszność, zwłaszcza przy ruchach.

W dniu przyjęcia do kliniki skarżył się chory nadto na suchy kaszel, brak łaknienia i skłonność do zaparcia stolca, której ulega od trzech tygodni.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa i odżywienie mierne. W zakresie nerwów mózgowych zmian niema. Gałki oczne prawidłowo ruchome, źrenice na światło oddziaływają, lewa nieco lepiej, niż prawa. Na twarzy, uszach i widocznych błonach śluzowych wyraźna sinica. Żyły szyjne znacznie rozszerzone, zwłaszcza lewa i okazują wybitne tętnienie dodatnie. Tętnice dogłowowe tętnią widocznie, są miernie napięte; tętnica główna w dołku jarzmowym nie macalna.

Klatka piersiowa miernie długa, dołek nad- i podobojczykowy prawy głębszy, niż lewy. Strona prawa klatki piersiowej nieco mniej ruchoma. Wypukiem stwierdzić można lekkie stłumienie w szczycie prawym; poniżej obojczyka prawego również wypuk przytłumiony; od trzeciego żebra nieco jawniejszy, od V-go ku dołowi tłumieje, na VI-em dolnem granica nieruchoma. Tak samo i w pasze prawej odgłos wypukowy na całej przestrzeni mniej jawny, a dolna granica nieruchoma. Po stronie lewej z przodu i w pasze odgłos wypukowy jawny, dolna granica ruchoma.

Z tyłu klatki piersiowej po stronie prawej w szczycie odgłos przytłumiony, od grzebienia łopatki ku dołowi staje się jawniejszy, od dolnego kąta łopatki ku dołowi znowu tłumieje i dolna granica nieruchoma. Po stronie lewej z tyłu odgłos wypukowy jawny, mało pełny dolna granica sześć palców niżej dolnego kąta łopatki, ruchoma.

Przysłuch po stronie prawej: z przodu wdech pęcherzykowy szorstki z wydechem dobrze słyszalnym; w dolnych częściach rozległe tarcie opłucnowe. Po stronie lewej z przodu wdech pęcherzykowy szorstki, wydech słyszalny, w dolnych częściach furczenia.

Z tyłu po stronie prawej w szczycie wdech pęcherzykowy szorstki z wydechem słyszalnym, poniżej grzebienia łopatki przy wdechu pęcherzykowym wyraźne tarcie opłucnowe, poniżej dolnego kąta łopatki wdech pęcherzykowy, wydech słabo słyszalny.

Po stronie lewej z tyłu wdech pęcherzykowy z wydechem słyszalnym; ku dołowi wydech staje się więcej wydłużony i przy wdechu słychać dość liczne furczenia i świsty.

Kaszel połączony jest ze skąpą plwociną śluzową; badanie plwocin na prątki gruźlicze dało wynik ujemny.

Uderzenie koniuszkowe serca widzialne i słabo wyczuwalne w V. przestworze międzyżebrowym, jeden palec na wewnątrz od linii sutkowej lewej. W dołku podsercowym widzieć można wyraźne faliste wstrząśnienie, a ręka wyczuwa tu silne, podnoszące faliste uderzenie. Stłu-

mienie serca na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem, na prawo sięga do prawego brzegu mostka. Nad rękojeścią mostka wypuk jawny.

Przysłuch: nad koniuszkiem serca skurczowy szmer, drugi ton. W kierunku ku pasze lewej skurczowy szmer słabnie, ku stronie prawej zaś staje się coraz wyraźniejszy, a nad wyrostkiem mieczykowatym jest on najwyraźniejszy, dmuchający. Szmer ten nawet w pasze prawej jest dobrze słyszalny. Nad tętnicą główną słaby skurczowy szmer, II-gi ton dość silny, nad tętnicą płucną pierwszy ton z wyraźnym podmuchem, II-gi ton słabszy, aniżeli II-gi nad tętnicą główną.

Przy osłuchiwaniu tętnic dogłowowych słychać dwa tony.

Tętnice obwodowe, jak łokciowa, sprychowa, tętnią widocznie, są pokręcone, przy dotyku okazują ściany twardsze. Tętno sprychowe dość dobrze napięte, regularne, fala dość wysoka. Liczba tętna 84.

Brzuch poniżej pępka lekko wzdęty. Wątroba powiększona, sięga w linii sutkowej trzy palce niżej łuku, w środkowej trzy palce wyżej pępka, na lewo przekracza linię środkową na pięć palców. Przy dotyku jest ona miernie twardą, bolesną, o brzegu ostrym, i okazuje tętnienie równoczesne ze skurczem serca, powiększając się równomiernie we we wszystkich kierunkach. (Tętnienie wątroby)

Śledziona sięga od IV-go górnego żebra do XI-go ku przodowi, do linii pachowej przedniej, macalna, miękka, nie bolesna.

W dolnych częściach brzucha ani stłumienia, ani chełbotania wykazać nie można. Na kończynach dolnych obrzęku niema; kończyny są chłodne. Żyły skórne na dolnych i górnych kończynach rozszerzone. Odruchy kolanowe nie dają się wywołać. Ciepłota ciała zawsze 36.2—36.7° C. Mocz wysycony, c. wł. 1.027, białka ślad, w osadzie skąpe wałeczki szkliste. (Dokończenie nastąpi).

## II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Profesora Dr. Ludwika Rydygiera.

# Przyczynek do nauki o postępowaniu pooperacyjnem po atyko-antrotomii.

Podał

**Dr. Teofil Zalewski.**

(Dokończenie).

W trzech przypadkach atyko-antrotomii, których historye podaję niżej, postępowałem w leczeniu pooperacyjnem w ten sposób, jak postępujemy po trepanacyi innych kości. We wszystkich trzech otrzymałem zarośnięcie jamy pooperacyjnej. Czy były kiedykolwiek przez kogo przypadki po atyko-antrotomii w ten sposób leczone, nie mogę stanowczo powiedzieć. Przejrzałem całe dostępne mi piśmiennictwo, nigdzie jednak przypadków w ten sposób leczonych nie znalazłem. Grunert wprawdzie powiada, że przychodzi, choć rzadko, do zmniejszenia się jamy pooperacyjnej przez wypełnienie się jej ziarniną, nie mówi jednak, czy widział przypadek, w którym jama pooperacyjna zupełnie zarosła. Na tem samem miejscu Grunert wspomina, że wypełnienie się tkanką łączną jamy bębenkowej pociągnąćby mogło za sobą upośledzenie słuchu.

I. B. E. l. 16 zgłosiła się do kliniki chirurgicznej 31/III 1898 r. z próchnieniem wyrostka sutkowego po stronie prawej. Przyczyną tego próchnienia było ostre ropne zapalenie jamy bębenkowej. Tego samego dnia wykonano trepanacyę, przy której wydobyto dość znacznych rozmiarów martwiak. Z powodu tego, że zniszczenie wyrostka było dość znacznego stopnia, wydłutowano go prawie w całości. Rana w parę tygodni wypełniła się ziarniną, zupełnie jednak nie zagoiła się, lecz pozostała przetoka.

W lipcu tegoż roku chora udała się do Wiednia, gdzie wykonano atyko-antrotomię; gojenie trwało do grudnia, a więc najmniej pięć miesięcy; w grudniu chora wygojona przyjechała do domu. W październiku 1899 roku zgłosiła się powtórnie do kliniki chirurgicznej we Lwowie podając, że od grudnia 1898 roku aż do tego czasu kilkakrotnie w odstępach 2—3 miesięcznych dostawała w jamie, jaka pozostała po operacyi, bólów i »cieczenia«, które to dolegliwości po odpowiedniem leczeniu ustępowały. I teraz zmuszona jest zgłosić się do kliniki wskutek ponownego wystąpienia bólów i »cieczenia« w jamie, która pozostała po operacyi.

Badanie wykonane wtedy wykazało w jamie pooperacyjnej obecność nieznacznej ilości mas naskórka; prócz tego cała powierzchnia jamy, która z wyjątkiem kilku miejsc jest zresztą pokryta naskórkiem, wydziela ciecz nie ropną. Po kilkotygodniowem leczeniu doprowadzono do tego, że jama była »sucha«.

Chcąc zapobiedz dalszemu powtarzaniu się „cieczenia“ i uwolnić chorą od dolegliwości, które towarzyszyły nawrotowi, a które chorą bardzo rozdrażniały, wykonano 15/XI 1899 roku następującą operacyę (Dr. Zalewski): całą wyściółkę z jamy pooperacyjnej wyjęto, okrwawiwszy poprzednio brzegi otworu zewnętrznego. Za pomocą skrobaczki *(raspatorium)* i podważki *(elevatorium)* z łatwością dała się wyściółka oddzielić od kości, a resztki, jakie tu i owdzie pozostały, wydalono za pomocą ostrej łyżeczki. Myślą przewodnią przy tej operacyi było to, że przez takie wydalenie wyściółki otrzymamy znów obranioną powierzchnię, t. j. stworzymy warunki do wyrastania ziarniny, która ewentualnie wypełnić może całą jamę. By mieć obraz, o ile możności podobny do obrazu, jaki mamy po atyko-antrotomii, zdłutowano także trochę kości z powierzchni w tych miejscach, gdzie spodziewaliśmy się, że kość jest jeszcze dostatecznie gruba i gdzie nie było niebezpieczeństwa zranienia jakiejś ważniejszej części. W ten sposób otrzymaliśmy jamę kostną o powierzchni gładkiej i okrwawionej. Jamę wytamponowano lekko gazą jodoformową; mocniej wytamponowano tylko przez zewnętrzny przewód uszny, t. j. część odpowiadającą średniej części jamy bębenkowej.

Opatrunek zmieniano co trzeci dzień. Ziarnina wyrastała dość skąpo, w końcu jednak wypełniła jamę zupełnie. Chora 7/II 1900 r. była zupełnie wyleczona. Przez cały czas leczenia opatrywano ranę w ten sposób, że najprzód tamponowano cokolwiek silniej przez przewód uszny zewnętrzny, by nie dopuścić do zarośnięcia środkowej części jamy bębenkowej, resztę zaś jamy wytamponowano lekko przez otwór poza uchem tak, by nie przeszkadzać bujaniu ziarniny. Postępując w ten sposób, otrzymaliśmy po wygojeniu z całej jamy, jaka pozostała po pierwszej operacyi, tylko małą jamkę, odpowiadającą środkowej części jamy bębenkowej; jamka komunikuje nazewnątrz tylko przez przewód uszny zewnętrzny, stanowiąc właściwie jego bezpośrednie przedłużenie.

Co do słuchu, ten pozostał bez zmiany; szumy, na które chora skarżyła się przed operacyą, także nie znikły. Badanie słuchu wykazuje stosunki takie same, jakie były przed operacyą, mianowicie: mowę głośną chora słyszy przez długość pokoju (6 metrów), mowę cichą — na 50 ctm., zegarka przez powietrze nie słyszy wcale, tylko przez kość. Badanie kamertonami wykazuje też stosunki nie zmienione: Rinne C = (—), Schwabach C = (+), Weber C = na prawo. C przez powietrze nie słyszy wcale, $C_4$ gorzej cokolwiek, niż na stronie lewej.

Dnia 6 lipca 1900 r. chora zgłosiła się do kliniki w celu skontrolowania wyniku operacyi. Znaleziono stosunki zupełnie dobre; wydzieliny z ucha żadnej niema. Chora nadto podaje, że szum, który miała w uchu, ustał i słuch poprawił się. Badanie słuchu wykazuje: mowę głośną słyszy przez długość pokoju (6 metrów), mowę cichą — na $1^1/_2$ metra, zegarek — na 15 — 20 ctm. Wynik badania kamertonami bez zmian.

Obecnie (czerwiec 1901 r.) chora ma się ogólnie dobrze, dostała jednak zapalenia ucha zewnętrznego jakoby wskutek drapania. Zapalenie to przedstawia się, jako powierzchowne zapalenie skóry, które rozszerzyło się i na część odpowiadającą pozostałej części jamy bębenkowej. Mamy tutaj do czynienia najprawdopodobniej z nawrotem.

II. L. G. l. 40. Chora zgłosiła się do lwowskiej kliniki chirurgicznej 27/IV 1900 r. Podaje ona, że dotąd wogóle była zawsze zdrowa. Przed trzema miesiącami miała przebyć różę na twarzy, po ustąpieniu której chora zauważyła, że z lewego ucha cieknie; jednocześnie z wystąpieniem tego »cieczenia« chora zauważyła upośledzenie słuchu. Szum w głowie, na który się obecnie skarży, miała mieć już podczas róży. Bólu znaczniejszego w uchu chora nie miała nigdy doznawać. Przedtem wogóle na uszy nie miała nigdy chorować. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej.

Badanie ucha wykazało obecność polipa wielkości małego orzecha włoskiego, który wysterczał nazewnątrz przez przewód uszny. Polip wydalono za pomocą pętli Wildego (Dr. Zalewski). W dniach następnych stwierdzono, że pozostała jeszcze cześć szypuły polipa, która znajdowała się w górnej części bębenka w okolicy błony Shrapnela; bębenek w tem miejscu był przedziurawiony i przez otwór można wejść było zgłębnikiem do jamy bębenkowej. Tym więc sposobem polip wychodził z jamy bębenkowej, a na zewnątrz wystąpił przez otwór w błonie Shrapnela. Bębenek jest zaczerwieniony i zgrubiały. Resztę szypuły polipa wydalono za pomocą szczypczyków podanych przezemnie. Wydalając szypułę (Dr. Zalewski), wyciągnięto razem z nią i młoteczek, którego główka okazała się zupełnie zniszczoną i na której siedział polip. Badanie dnia następnego wykazało, że bębenek w miejscu trzonu młoteczka jest przedarty, co wskazuje na to, że młoteczek przy wydalaniu szypuły polipa został niejako z bębenka wydarty. Zgłębnikiem swobodnie wejść można do jamy bębenkowej; z górnej części jamy bębenkowej dają się wygarnąć masy żółciołojakowe. Co do zmian w kości, to badanie zgłębnikiem pewności nie daje.

Z powodu tego, że leczenie więcej niż dwutygodniowe nie osiągnęło żadnego skutku, a chora w domu nie miała specyalnej opieki lekarskiej, zaproponowano chorej operacyę, na którą się zgodziła.

Badanie słuchu przed operacyą wykazało: mowę głośną chora słyszy na 2 metry, mowę cichą — na 20 ctm., zegarek — dopiero na małżowinie. Badanie kamertonami wykazało: Rinne C = (—), Schwabach C = (+), Weber C = na lewo. C słyszy o wiele gorzej na stronie lewej, niż na prawej; $C_4$ — słyszy dobrze.

Ucho prawe okazuje stosunki prawidłowe.

19/V 1900 r. wykonano atyko-antrotomię (Dr. Zalewski).

W jamie bębenkowej, w górnej jej części, znaleziono masy żółciołojakowe, które wydalono. Błonę śluzową jamy bębenkowej i jamy wyrostka *(antri)* wydalono za pomocą ostrej łyżeczki. Kość okazała się wszędzie zdrową. Plastyki nie robiono. Jamę zaprószono jodoformem i wytamponowano, cokolwiek silniej przez przewód uszny, resztę — słabiej.

23/V. Zmieniono opatrunek. Wydzielina mierna, surowiczo-ropna. Błonę śluzową, gdzie jeszcze resztki jej pozostały, wydalono za pomocą ostrej łyżeczki. Na brzegach rany części miękich zaczyna bujać ziarnina.

26/V. Zmieniono opatrunek. Wydzielina mierna, surowiczo-ropna. Usunięto jeszcze resztki błony śluzowej; usunięcie jednak w okolicy strzemiączka jest niemożliwe, gdyż chora przy dotykaniu tej okolicy doznaje zawrotu głowy. Strzemiączko obrośnięte jest zupełnie błoną śluzową tak, że go wcale nie widać, tylko czuć w głębi.

2/VI. Ziarnina bardzo żywa. Jama wyrostka *(antrum)* prawie zupełnie wypełniona jest ziarniną, która pokrywa prawie całą jamę na powierzchni.

10/VI. Dotąd nie pokryta jest ziarniną dolna część pierścienia bębenkowego *(annulus tympanicus)*; miejsce to jednak jest zupełnie ładkie. Wydzielina bez zmiany.

17/VII. Opatrunek zmieniano co trzeci dzień. Przebieg pooperacyjny zresztą był zupełnie prawidłowy; część pierścienia bębenkowego, która nie była pokryta ziarniną, wkrótce się nią pokryła, wydzielina surowiczo-ropna też znikła i chora pojechała do domu wygojona.

Chora w październiku doniosła, że ma się zupełnie dobrze.

I w tym więc przypadku cała jama, jaką otrzymaliśmy po operacyi, zarosła, z wyjątkiem tej części jamy, która odpowiada środkowej części jamy bębenkowej. Upośledzenia znaczniejszego słuchu zauważyć nie można. Badanie słuchu wykazuje: mowę głośną słyszy na $1^1/_2$ metra, mowę cichą — na 10—15 ctm., zegarek słyszy na małżowinie. Badania kamertonami — bez zmian.

III. A. A. l. 34. Chora zgłosiła się po raz pierwszy do lwowskiej kliniki chirurgicznej w lipcu 1900 roku. Badanie wykazało obecność licznych małych polipów w uchu prawem. Polipy te usunięto szczypczykami mojego pomysłu i ostrą łyżeczką, (Dr. Zalewski). Wydzielina z ucha nadzwyczaj obfita. Początek cierpienia chora datuje od lat 18 i jako przyczynę podaje uderzenie, które otrzymała w prawe ucho.

Dnia 30/XI 1900 r. chora zgłosiła się po raz drugi do kliniki. Badanie wykazało stosunki te same: brak bębenka i kosteczek słuchowych i obecność licznych polipów małych w uchu prawem. Prócz tego widać w ścianie zewnętrznej uchyłka wyrostkowego przetokę, przez którą można wejść do jego jamy. W jamie bębenkowej nagromadziły się masy naskórka. Wydzielina ropna bardzo obfita. Polipy wydalono i zaproponowano chorej operacyę ze względu na to, że leczenie nieoperacyjne miało mało widoków powodzenia; chora na operacyę się zgodziła.

Badanie słuchu wykazuje: mowę głośną chora słyszy na 1 metr, mowę cichą — przy małżowinie, zegarka — nie słyszy wcale, nawet przez kość. Badanie kamertonami wykazuje: Rinne C = (+), Schwabach C = (—), Weber C = na prawo. C i $C_4$ słyszy gorzej, niż po stronie lewej.

4/XII 1900 r. Wykonano atyko-antrotomię. Przy operacyi znaleziono, że strop jamy bębenkowej jest na przestrzeni centa zniszczony tak, że w tem miejscu opona twarda była zupełnie odsłonięta. Na tej odsłoniętej oponie twardej i między nią a kością znaleziono masy naskórkowe w niewielkiej ilości. Całą jamę wyłyżeczkowano, zaprószono jodoformem i wytamponowano najprzód przez przewód uszny, a do reszty przez otwór poza uchem. Kość była nadzwyczaj twarda tak, że z trudnością dała się tylko dłutować.

8/XII. Zmieniono po raz pierwszy opatrunek. Wydzielina z rany bardzo skąpa i surowicza; zresztą rana przedstawia się dobrze. Ranę opatrzono w ten sam sposób, jak po operacyi.

16/V. Chora jest zupełnie uzdrowiona. Opatrunek zmieniano co trzy dni. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, tylko jama wypełniała się ziarniną bardzo powoli. Wydzieliny ropnej przez cały czas gojenia nie było.

Wynik w tym przypadku jest o tyle odmienny od poprzednich, że tutaj pozostała nietylko część środkowa jamy bębenkowej niezarośnięta, ale i górna. Możliwem jest, że przyczyną tego jest słaby rozrost ziarniny i silniejsze tamponowanie. Przeciągnięcie się leczenia pooperacyjnego do przeszło 5 miesięcy ma swą przyczynę najprawdopodobniej w słabym rozroście ziarniny, a z drugiej strony przyczyniło się niewątpliwie i to, że w tym przypadku o wiele większa powierzchnia pozostałej jamy musiała się pokryć naskórkiem; nie była bowiem zarośniętą nietylko część środkowa jamy bębenkowej, ale i górna. Słuch nie okazuje upośledzenia. Badanie wykazuje: mowę głośną słyszy na 1 metr, mowę cichą — na 50 ctm., zegarek — przy małżowinie. Badanie kamertonami — bez zmian.

Tak więc postępowanie pooperacyjne w tych trzech przypadkach było odmienne od ogólnie dotąd przyjętego. Cel operacyi polegał na usunięciu o ile możności wszystkich

części chorobowo zmienionych, a celem pooperacyjnego leczenia było doprowadzenie jamy kostnej, jaką otrzymujemy po operacyi, do zupełnego zarośnięcia przez stopniowe wypełnienie się ziarniną. Usunięcie wszystkich chorobowo zmienionych części jest bez wątpienia rzeczą trudną, jest jednak rzeczą możliwą. Najlepiej świadczy o tem ostatni nasz przypadek, gdzie ropienie przed operacyą było nadzwyczaj obfite, a zmiany, jak się podczas operacyi przekonano, dość znaczne, a pomimo tego już przy pierwszym opatrunku i podczas całego leczenia pooperacyjnego nie było ani razu wydzieliny ropnej; jest to dowód, że ognisko, które było przyczyną ropienia, zostało wydalone

By jamę, która wytwarzała się po operacyi, doprowadzić do zarośnięcia, tamponowano ją we wszystkich tych przypadkach zupełnie lekko, a to w celu, by nie tamować bujania ziarniny. Cokolwiek silniej tamponowano tylko otwór zewnętrzny, by niedopuścić go do zarośnięcia lub zbytniego zmniejszenia się, zanim głębsze części jamy pooperacyjnej wypełnią się ziarniną. Wogóle postępujemy w ten sposób, że jama zarastać musi od dna i po zarośnięciu jej części głębszych, pozwalamy zarastać częściom więcej powierzchownym, a po wypełnieniu się całej jamy ziarniną pozwalamy dopiero zarosnąć i otworowi zewnętrznemu. Przy takiem postępowaniu mowy niema, żeby powstać miała jakaś jama, w której następnie mogłaby się gromadzić wydzielina, co znowu mogłoby dać powód do niepożądanych powikłań.

Chcąc zapobiedz, by po zarośnięciu jamy pooperacyjnej nie było upośledzenia słuchu, o czem słusznie wspomina Grunert, tamponowano silniej przez przewód uszny zewnętrzny tę część jamy pooperacyjnej, która odpowiada środkowej części jamy bębenkowej. Tym sposobem zapobieżono temu, by okna: owalne i okrągłe pokryły się znaczniejszą warstwą tkanki łącznej, a jednocześnie osiągnięto to, że dźwięk mógł bez przeszkody dochodzić do okna owalnego. Badanie słuchu przed i po operacyi wykazuje, że w żadnym z trzech przypadków nie nastąpiło upośledzenie słuchu. Oczywista rzecz, nie uprawnia to nas do twierdzenia, że przy podobnem postępowaniu w żadnym przypadku nie nastąpi upośledzenie słuchu, albo że przynajmniej w większości przypadków to nie nastąpi. Pod tym względem stosunki będą najprawdopodobniej takie same, jak po wygojeniu zwykłym sposobem, bo warunki do przewodnictwa dźwięku są mniej więcej te same. A jak dotąd, to nie możemy bynajmniej atyko-antrotomii uważać za operacyę poprawiającą słuch.

Co do samego zarastania jamy pooperacyjnej, to musimy jeszcze nadmienić, że przy opatrywaniu rany doznaliśmy wrażenia, iż główna część ziarniny, którą wypełnia się jama kostna, pochodzi z rany części miękich. Robiło to nieraz wrażenie, że ziarnina niejako wrastała od otworu zewnętrznego wgłąb jamy, pokrywając jej ściany. Podobne spostrzeżenia zrobiłem także przy zarastaniu zatoki czołowej u psów; zauważyłem mianowicie, że główna masa ziarniny, którą wypełnia się zatoka czołowa, pochodzi z części miękich. Zatoka przedtem szeroko była otwarta, a cała błona śluzowa z niej wydalona. U psów po trepanacyi zatoki czołowej można było, np. widzieć okres gojenia się, w którym ściany zatoki wszędzie były pokryte ziarniną, a tylko w części najgłębszej, t. j. w najwięcej oddalonej od powierzchni, względnie od części miękich, brak był ziarniny. Doznawało się też wrażenia, że warstwa ziarniny, pokrywająca ściany zatoki czołowej u psów, poczynając od powierzchni, stopniowo wgłąb cieńczała. Naturalną jest rzeczą, że nie chcę twierdzić, by tak po atyko-antrotomii w naszych przypadkach, jak i po trepanacyi zatoki czołowej u psów ziarnina, która wypełnia jamę, pochodziła wyłącznie z części miękich; ziarnina wyrasta także i z powierzchni samej jamy kostnej i przyczynia się do wypełnienia tejże.

Przypadki nasze dowodzą, że jama kostna, jaka powstaje po atyko-antrotomii, zarosnąć może podobnie, jak zarasta jama kostna, która powstaje po trepanacyi wyrostka sutkowego lub innej jakiej kości, jak zarasta zatoka czołowa po jej otwarciu. Dalej dowodzą te przypadki, że postępując w ten sposób, jak myśmy to w tych trzech naszych przypadkach czynili, nie potrzeba bynajmniej obawiać się upośledzenia słuchu. Pod tym więc względem sposób ten nie ustępowałby dotąd praktykowanemu, a pod względem estetycznym przewyższałby go, nie pozostawia bowiem szpecącego otworu poza uchem. O wyższości jednak jego dopiero wtedy będziemy mogli mówić, gdy będziemy w posiadaniu większego materyału klinicznego i gdy spostrzeżenie nam wykaże, że nawroty po tego rodzaju postępowaniu pooperacyjnem są rzadsze. Nie rozstrzygając więc na razie tego zagadnienia, gdyż brak nam podstawy do ostatecznego rozstrzygnięcia, postarajmy się jednak na zasadzie teoretycznych kombinacyj odpowiedzieć na pytanie: czy w przypadkach, leczonych w ten sposób, jak leczone były nasze przypadki, jesteśmy zabezpieczeni od nawrotów i co może być przyczyną nawrotów w tych przypadkach. Pytanie to usprawiedliwia nasz pierwszy przypadek, gdzie chora po 16 miesiącach zgłosiła się z zapaleniem ucha zewnętrznego. Zapalenie to według wszelkiego prawdopodobieństwa musimy uważać za nawrót, a swędzenie, o którem chora wspomina, za rzecz wywołaną zapaleniem.

Na postawione wyżej pytanie możemy odpowiedzieć tylko rozpatrując przyczyny powstawania nawrotów w jamach, które powstają po atyko-antrotomii.

Już wyżej powiedzieliśmy, że główną przyczyną powstawania nawrotów jest łuszczenie się naskórka, pokrywającego powierzchnię jamy, która pozostała po atyko-antrotomii. Łuszczeniu się naskórka zapobiedz nie jesteśmy w stanie, a z drugiej strony złuszczony naskórek z jamy samoistnie wydalić się nie może; następstwem tego jest nagromadzenie się jego w jamie pooperacyjnej. Naskórek nagromadzony ulega rozmaitym przemianom wstecznym, drażni części miękie, wyścielające jamę pooperacyjną, wywołując w nich zapalenie — i nawrót „cieczenia“. Istnieje wiele innych okoliczności, sprzyjających czy to szybszemu łuszczeniu się naskórka, czy to szybszemu rozkładowi nagromadzonych mas. Niepoślednią rolę niewątpliwie odgrywa tutaj łatwy dostęp wilgoci: nic łatwiejszego jak np. dostanie się przy myciu wody do jamy, czy to przez otwór poza uchem, czy też przez zewnętrzny przewód uszny, i zwilżenie znajdujących się tam mas naskórka; a wiadomo, jak wilgoć sprzyja rozwojowi bakteryi gnilnych.

Przypatrzmy się teraz, czy w przypadkach wyżej opisanych istnieją warunki do powstawania nawrotów. W naszych przypadkach ucho środkowe i przewód uszny zewnętrzny przedstawiają się w postaci mniej lub więcej prostego przewodu, którego część zewnętrzna odpowiada zewnętrznemu przewodowi usznemu, a część wewnętrzna — niezarośniętej

części środkowej jamy bębenkowej. Oczywista rzecz, że z całego tego przewodu naskórek łuszczyć się będzie tak, jak się łuszczy na innych częściach ciała i jak się łuszczy z powierzchni jamy pozostałej po atyko-antrotomii, leczonej w zwykły sposób. W naszych przypadkach musimy inaczej się zapatrywać na łuszczenie się naskórka w tej części przewodu, który odpowiada przewodowi usznemu zewnętrznemu, a inaczej na łuszczenie się jego w wewnętrznej części przewodu, t. j. tej części, która odpowiada niezarośniętej środkowej części jamy bębenkowej. Wiadomą jest rzeczą, że naskórek złuszczony z powierzchni zewnętrznego przewodu usznego w warunkach prawidłowych wydala się stale samoistnie, razem z woskowiną na zewnątrz. Okoliczności, sprzyjające temu wydalaniu się naskórka i woskowiny z przewodu usznego zewnętrznego nie są zupełnie znane; jest rzeczą prawdopodobną, że pewną rolę odgrywają tutaj ruchy szczęki dolnej i jej stosunek do przewodu usznego zewnętrznego. I w naszych przypadkach naskórek złuszczony z powierzchni zewnętrznego przewodu usznego nie będzie prawdopodobnie przyczyną nawrotów, naskórek ten bowiem prawdopodobnie będzie wydalony w ten sam sposób, jak i w przypadkach nieoperowanych. Inaczej jednak musimy się zapatrywać na łuszczenie się naskórka w tej części przewodu, która odpowiada niezarośniętej środkowej części jamy bębenkowej. Tutaj naskórek złuszczony może się nagromadzać, niema bowiem warunków, żeby się mógł samoistnie wydalić, podobnie jak niema warunków w jamach, pozostałych po atyko-antrotomii w przypadkach, leczonych sposobem dotychczasowym. Istniałyby więc i w naszych przypadkach warunki do powstawania nawrotów. Sądzę jednak, że pomimo to sposób ten leczenia pooperacyjnego zasługuje na pierwszeństwo przed dotychczas praktykowanym. Zwrócę tylko uwagę na to, że jednym z czynników, ułatwiających powstanie nawrotu, jest dostanie się wilgoci, np. wody podczas mycia, do jamy pooperacyjnej i zwilżenie mas naskórkowych. Że w naszych przypadkach dostanie się wilgoci do jamy, pozostałej po operacyi, jest trudniejsze, niż w przypadkach leczonych sposobem dotąd praktykowanym, jest rzeczą jasną. Być może tem można sobie wytłómaczyć, że pierwsza nasza chora po pierwszej operacyi przebyła kilkakrotnie nawrót w odstępach 2—3 miesięcznych, a po drugiej operacyi dopiero po 16 miesiącach. O ile mogę wnosić z kształtu przewodu, jaki przedstawia przewód uszny zewnętrzny i niezarośnięta część jamy bębenkowej, wydalanie nagromadzonego naskórka powinno być łatwiejsze i chory łatwiej może go sobie sam odpowiedniem narzędziem wydalić.

Nie rozstrzygając na razie tej sprawy ostatecznie, możemy jednak powiedzieć, że jeżeli w naszych przypadkach nawrót powstanie, to ostateczną przyczyną jego będzie istnienie niezarośniętej środkowej części jamy bębenkowej, tej części, którąśmy umyślnie pozostawili niezarośniętą z obawy przed upośledzeniem słuchu. W takim razie nie pozostałoby nic innego, jak pozwolić całej jamie pooperacyjnej, a więc i tej części, która odpowiada środkowej części jamy bębenkowej, zarosnąć. Wtedy nie będziemy mieli ani przyczyny do nawrotu, ani miejsca, gdzie on powstać może, gdyż cała jama bębenkowa i wyrostek sutkowy będą wypełnione tkanką łączną. Co zaś się tyczy zewnętrznego przewodu usznego, to warunki do samoistnego wydalania się złuszczonego naskórka chyba pozostaną po operacyi te same, co i przed operacyą i z tej strony prawdopodobnie jakichś powikłań obawiać się nie potrzebujemy. Musimy jednak podnieść, że takie zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej może pociągnąć za sobą upośledzenie słuchu mniej lub więcej znaczne i że wskutek tego nie w każdym przypadku moglibyśmy pozwolić na zarośnięcie całej jamy bębenkowej. Trudno ściśle określić, w których przypadkach można pozwolić zarosnąć całej jamie bębenkowej, a w których zarośnięcie jej jest ze względu na słuch przeciwwskazane, w każdym przypadku musimy rozważyć — za i przeciw. Ogólnie jednak powiedzieć należy, że możemy pozwolić na zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej w tych przypadkach, gdzie chory na uchu operowanem słuch zupełnie utracił; łatwiej zdecydujemy się też na zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej w tych przypadkach, w których chory okazuje na uchu operowanem słuch znacznie upośledzony tak, że korzyść z tego słuchu jest stosunkowo mniejsza, niż niebezpieczeństwo możliwego przyszłego nawrotu. Prędzej zdecydujemy się też na zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej w tych przypadkach, w których tylko jedno ucho jest chore, drugie zaś posiada słuch prawidłowy i nie okazuje zmian, któreby świadczyły o możliwości upośledzenia lub utraty słuchu w przyszłości. Jeżeli atyko-antrotomię mamy wykonać po obydwóch stronach i obie strony okazują dość znaczne upośledzenie słuchu, to wskazanem jest o ile możności tę resztę słuchu choremu uratować.

Jeżeli pomimo małej ilości przypadków i niedostatecznej obserwacyi zdecydowałem się poruszyć tę sprawę, to tylko dlatego, by zwrócić uwagę tych, którzy rozporządzają większym materyałem i którzy wskutek tego łatwiej przekonać się mogą, czy sposób podany przez nas posuwa sprawę atyko-antrotomii naprzód, czy też nie. Że szukanie nowych dróg w tej dziedzinie jest wskazane, czują to wszyscy otochirurdzy, świadomi są bowiem, że operacya, która razem z innemi miała być chlubą otyatryi, nie usprawiedliwiła wszystkich nadziei, jakie w niej pierwotnie pokładano. Chcąc sprawę omawianą przez nas zbadać ściślej, podjąłem obecnie w tutejszej klinice chirurgicznej szereg doświadczeń na zwierzętach, których wynikami nie omieszkam się podzielić.

Radcy Dworu prof. Rydygierowi za odstąpienie materyału do niniejszej pracy i za pomoc w niej składam serdeczne podziękowanie.

## III. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej

Podał
**Dr. Adolf Wątorek.**

(Ciąg dalszy).

Chcąc usprawiedliwić moje twierdzenia, nie mogę wdawać się w rozbiór poszczególnych systemów znanych sterylizatorów parowych, albowiem przekroczyłoby to ramy tego artykułu. Dla mojego celu wystarczy, jeżeli wymienię tu główne zasady konstrukcyi sterylizatorów. W 1-ej grupie sterylizatorów parowych do przestrzeni odkażonej doprowadza się parę wodną zapomocą rury z t. zwanych wywiązywaczy pary *(Dampfentwickler)*, lub z kotła parowego maszyny, użytej do innych celów. W drugiej grupie sterylizatorów parowych — kocioł z wodą, wywiązujący parę, jest w bezpośrednim związku z przestrzenią odkażoną, połączony z nią

w jedną całość konstrukcyjną. Sterylizatory obu tych grup odkażają przedmioty albo tylko w parze płynącej, albo też i w płynącej i stałej. Dalej, ciśnienie pary albo tylko o mało przenosi jedną atmosferę, albo też może dochodzić do bardzo wielu atmosfer w t. zwan. autoklawach. Dawniejsze systemy odkażały parą nienasyconą; nowsze usiłują umożliwić wyjałowienie parą nasyconą. Inne właściwości, odróżniające poszczególne systemy, są mniej ważne dla teoryi odkażania w parze.

Doświadczenia bakteryologów udowodniły, że znacznie większą siłę bakteryobójczą ma para wodna nasycona, aniżeli nienasycona. Jest cały szereg znanych systemów sterylizatorów parowych, gdzie możliwości tworzenia się pary nienasyconej zapobieżono konstrukcyjnie przez to, że stanowczo uchroniono przestrzeń odkażoną, wypełnioną parą wodną, od działania ciepła palnika. Mój przyrząd należy również do tej grupy. Obecnie mam zamiar wykazać, że z dwu sterylizatorów parowych jakiegokolwiek systemu, atoli odkażających tylko parą nasyconą, ten będzie szybciej i pewniej wyjaławiał, który jest mniejszy.

Z rozbioru warunków niezbędnych dla dokładnego przebiegu wyjaławiania w parze widzimy, jak wiele czynności ma do wykonania para wodna, nasycona w sterylizatorze parowym. I tak: 1) ma ona ogrzać możliwie wysoko, t. j. aż do ciepłoty wrzenia płynu *a)* przestrzeń odkażoną, *b)* przedmioty zawarte w tej przestrzeni; 2) ma wynagrodzić i uzupełnić swem ciepłem utajonem, wyzwolonem przy częściowem skropleniu się pary, straty ciepła, jakie ustawicznie ponoszą przez promieniowanie zawartość i ściany przestrzeni odkażonej w czasie trwania wyjaławiania, boć nawet przy najlepszej izolacyi ścian przestrzeni odkażonej stratom tym nie można całkowicie zapobiedz; 3) ma ona wypędzić z przestrzeni odkażonej powietrze, a załatwiwszy te czynności, ma wreszcie zadziałać bezpośrednio na protoplazmę bakteryj i ich zarodników.

Przy omawianiu sposobu, w jaki odbywa się wypieranie powietrza przez parę wodną w przestrzeni odkażonej, przekonaliśmy się dowodnie, że im większy jest w jednostce czasu napływ pary wodnej, a im mniejsza przestrzeń odkażona, tem szybciej nastąpi wyparcie powietrza. Warunek ten stosuje się i do następnych zadań. Można go więc uogólnić dla oceny działalności sterylizatorów parowych wszelkich systemów, operujących parą nasyconą, w ten sposób: z dwu sterylizatorów parowych jakiegokolwiek systemu, odkażających parą nasyconą, ten będzie szybciej i lepiej ze stanowiska aseptyki odkażał, który w stosunku do wielkości przestrzeni odkażonej będzie w jednostce czasu więcej wydobywał pary nasyconej. Prawo to jest ważne, bo daje nam nietylko doskonały probierz wartości siły odkażającej sterylizatora, — ale nawet nasuwa wyraźną wskazówkę dla dążeń konstrukcyjnych na przyszłość. Widzimy bowiem, że chcąc, by sterylizator o większej przestrzeni odkażonej, operujący parą nasyconą, równie dobrze, szybko i pewnie wyjaławiał, jak mniejszy, musimy w nim w prostym stosunku zwiększyć wydobywanie się pary. Ilość zaś wytworzonej w jednostce czasu pary zależy od ilości ciepła, doprowadzonego do wody w jednostce czasu. Ilość zaś ciepła udzielonego wodzie kotła sterylizatora zależy od kilku czynników, jak: *a)* od materyału palnego, który ma rozmaitą wartość kaloryczną; *b)* od palnika czy paleniska, które tem więcej w jednostce czasu będzie wywiązywać ciepła, im więcej w jednostce czasu materyału palnego ulegnie utlenieniu i im spalenie to będzie zupełniejsze; *c)* od takiego urządzenia wzajemnego paleniska i naczynia z wodą, aby ile możności urządzenie to zwracało kierunek działania ciepła paleniska na wodę, o ile możności ograniczało marnowanie się ciepła przez bezużyteczne promieniowanie w otoczenie.

Chcąc w sterylizatorze wykluczyć możliwość tworzenia się pary nienasyconej, musimy zrzec się urządzeń stosowanych w kotłach machin parowych, wyzyskujących do 70% ciepła materyału palnego; musimy również zrzec się płaszczów ochronnych około przestrzeni odkażonej, któreby umożliwiały wyzyskanie ciepła gazów palnych, a pozostaje nam tylko jeden sposób, mianowicie: powiększenie dna naczynia, zawierającego wodę, czyli powiększenie t. zw. powierzchni ogrzewalnej i odpowiednio do tego zwiększenia, rozszerzenie paleniska czy palnika.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę zwykłe kształty dotychczasowych systemów sterylizatorów, to łatwo obliczymy, że przy zwiększaniu wielkości sterylizatora z zachowaniem pierwotnego kształtu wzrasta przestrzeń odkażona w sześcianie (co najmniej), podczas gdy podstawa ogrzewalna tylko w kwadracie. Ilość więc ciepła doprowadzonego do wody może w najlepszym razie wzrastać w kwadracie, a nie w sześcianie. Czyli, im wyższy numer sterylizatora, tem z konieczności stosunkowo do zapotrzebowania słabiej wywiązuje parę, bo ze wzrostem wielkości przestrzeni odkażonej wzrastają w prostym stosunku zadania, jakie ma para do wykonania. Im wyższy numer systemu sterylizatora parowego, operującego parą nasyconą, tem jest on nie ekonomiczniejszy i tem gorzej funkcyonuje.

Trzebaby chyba budować duże sterylizatory tego systemu o przestrzeni odkażanej płaskiej, bo wtedy tak ta przestrzeń odkażana, jak i powierzchnia ogrzewalna mogą wzrastać proporcyonalnie, tj. w kwadracie. albo też do podręcznej szybkiej i dokładnej sterylizacyi opatrunków używać systemów małych, a duże sterylizatory dla przedmiotów pojemnych obsługiwać tanio, zapomocą wywiązywaczy pary *(Dampfentwickler)*.

Główną zaletą tej kategoryi sterylizatorów jest to, że wielkość przestrzeni odkażanej może być dowolnie dużą i byle kocioł parowy był w stanie szybko wytworzyć odpowiednią ilość pary, sterylizacyę można w nich przeprowadzić wcale dokładnie. Mają one atoli jedną wadę zasadniczą, która w wysokim stopniu utrudnia należytą obsługę przyrządu, mianowicie wywiązywacz pary *(Dampfentwickler)*, mający na celu dostarczyć w krótkim bardzo czasie tanio ogromnej ilości pary wodnej, musi być zbudowany na tych samych zasadach, co kotły parowe, t. zn. musi możliwie dokładnie wyzyskiwać ciepło materyału palnego. Niestety, da się to jak dotychczas ekonomicznie uskutecznić tylko w ten sposób, że ciepło paleniska działa nie tylko na wodę samą, ale także na wywiązaną parę wodną, wskutek czego ta zostaje przegrzaną i jako taka dostaje się do wnętrza przestrzeni odkażanej. Tu z powodu zetknięcia się z przedmiotami zimnymi może zmienić się na nasyconą, ale skoro przedmioty wewnątrz zawarte i cały przyrząd rozgrzeją się, łatwo para, doprowadzona do desinfektora, pozostaje przegrzaną i źle wyjaławia.

Chcąc aby wyjałowienie w przyrządach tego systemu postępowało prawidłowo, to znaczy parą nasyconą — bez przystępu powietrza i na sucho, trzeba jego przebieg ściśle kontrolować. Zasada obsługi tego rodzaju sterylizatora polega na następujących prawach fizycznych: 1) para nasycona cechuje się tem, że zachowuje ścisły stosunek między ciepłotą a ciśnieniem, a mianowicie para wodna nasycona o ciepł. 100°C ma ciśnienie 1-ej atmosfery, przy każdym zaś podniesieniu o 1°C ciepłoty wzrasta jej ciśnienie o $^1/_{20}$ atmosfery (mniej więcej); 2) para nienasycona, w miarę im bardziej oddala się od punktu nasycenia, tem więcej zachowuje się, jak gazy doskonałe, gdzie przy wzroście ciepłoty o 1°C ciśnienie podnosi się o $^1/_{273}$ atmosfery; 3) jeżeli naczynie, wypełnione parą wodną nasyconą, oziębiamy, to pewna część pary wodnej skrapla się, a reszta nie przestaje być nasyconą, to znaczy, że tak ciepłota, jak i ciśnienie jej równomiernie spadają, zachowując ściśle stosunek, wyrażony prawem Regnaulta. W naczyniu tem mamy obecnie mięszaninę pary wodnej nasyconej i wody kondensacyjnej, która osiada na wewnętrznych ścianach w kształcie rosy; 4) jeżeli przestrzeń odkażoną i zamkniętą, wypełnioną powietrzem pod ciśnieniem 1-ej atmosfery o ciepłocie 100°C, połączymy z kotłem parowym, wywiązującym parę wodną, to para wodna zaczyna stopniowo wypełniać i wysycać też przestrzeń odkażoną tak, jak gdyby ona była pustą, a mięszanina obu gazów, tj. pary wodnej i powietrza, będzie okazywać ciśnienie wyższe, niż 1° atmosfera, a będzie ono równe sumie ciśnień powietrza i pary wodnej, jakieby ona w danej chwili miała, gdyby przestrzeń odkażana była pustą. Gdybyśmy dopływ pary przerwali, a mięszaninie tej otworzyli ujście na zewnątrz, to ciśnienie wnętrza zrównoważy się z atmosferą, przyczem wyjdzie z przestrzeni odkażanej pewna część powietrza i pary wodnej w stosunkach, określonych ciśnieniem poszczególnych składników mięszaniny.

Znając powyższe prawa fizyczne, obsługa sterylizatora parowego z wywiązywaczem pary wydaje się być bardzo prostą, byle go zaopatrzyć w ciepłomierz i manometr. Jeżeli w czasie wyjaławiania widzimy, że ciepłota wnętrza sterylizatora jest niższą, a ciśnienie wyższe, niżby wypadało według tabliczki Regnaulta, to w sterylizatorze mamy jeszcze powietrze, zmięszane z parą wodną. Jeżeli ciepłota wnętrza odpowiada ciśnieniu w stosunku tabliczki Regnaulta, mamy w sterylizatorze parę nasyconą. Jeżeli zaś ciepłota jest wyższą, a ciśnienie niższe, niż wypada według tabliczki Regnaulta, to w sterylizatorze jest para nienasycona. Wreszcie, jeżeli ciśnienie i ciepłota spadają zachowując stosunek określony prawem Regnaulta, mamy w sterylizatorze mięszaninę pary wodnej nasyconej i wody kondensacyjnej. Zdawałoby się więc, że wystarczy tylko przy manipulacyach sterylizacyjnych uważać, aby stosunek ciepłoty i ciśnienia był zachowany — i aby ciepłota nie opadała, a wyjałowienie będzie się odbywać w parze nasyconej, a przecież suchej. Tymczasem napotyka się tu na następujące trudności: 1) z dużych sterylizatorów bardzo trudno wydalić wszelki ślad powietrza, zwłaszcza, że kontrola manometrem i ciepłomierzem może nie wystarczyć, bo łatwo może być pozornie zachowany stosunek ciśnienia i ciepłoty według Regnaulta mimo, iż mamy do czynienia nie z parą wodną nasyconą, ale z mięszaniną powietrza i pary wodnej nienasyconej. Wiedząc o tem, wprowadzono dla kontroli wnętrza sterylizatora higrometry sygnalizujące, które często zawodzą; 2) ogrzanie całego wnętrza sterylizatora i wszelkich jego zaułków, oraz wnętrza dużej ilości przedmiotów, mających się odkażać, jest trudne, wymaga dużej ilości ciepła i z powodu złego przewodnictwa przedmiotów sterylizowanych długiego czasu. Jeżeli pary wodnej nie doprowadzimy w dostatecznej ilości, łatwo wytwarza się w sterylizatorze dużo wody kondenzacyjnej, która zamoczy zawartość przyrządu tak, iż przedmioty po wyjałowieniu muszą być suszone.

W jaki sposób zapobiega się tym trudnościom, nie moją rzeczą wyjaśniać, bo to należy do nauki o obsłudze dużych sterylizatorów, a jest ona różną zależnie od różnych szczegółów konstrukcyjnych. W każdym razie czytelnik z powyższych moich uwag może wywnioskować, że nie należy powierzać wyjaławiania w dużych sterylizatorach parowych pierwszemu lepszemu słudze bez narażenia, nietylko dla aseptyki, ale wprost z obawy przed wybuchem i popsuciem kosztownego przyrządu. Obsługa dużych sterylizatorów parowych z wywiązywaczami pary wymaga zawodowej umiejętnej kontroli, gdyż w przeciwnym razie łatwo powtórzyć się mogą niespodzianki, jakie wydarzyły się Wolfhüglowi i Pfahlowi, że po kilkokwadransowem wyjaławianiu nawet pluskwy nie uległy zabiciu.

Dosłownie to samo, co powiedziałem o sterylizatorach z wywiązywaczem pary, należy zastosować i do innych systemów tych przyrządów, w których nie zapobieżono konstrukcyjnie możliwości wytwarzania się pary nienasyconej.

3. Przyrząd mój, jako umywalnia aseptyczna i irygator aseptyczny. Celem umywalni i irygatorów jest ułatwienie odkażenia rąk operatora i pola operacyjnego. Sprawa wyjałowienia rąk operatora, wielokrotnie omawiania w ostatnich czasach, nie jest jeszcze dotychczas zamkniętą. O ile w początkach ery antyseptycznej przyjmowano, polegając na wadliwie przeprowadzonych badaniach bakteryologicznych, iż samo wymycie płynem antyseptycznym wystarczy do zupełnego odkażenia rąk operatora, o tyle obecnie przekonano się, że odkażenie narządu tak złożonego, jak żyjąca skóra, wcale nie należy do zadań łatwych. Niektórzy autorowie wprost przeczą możliwości doszczętnego wyjałowienia rąk i wobec tego starają się ominąć tę trudność przez zastosowanie przy operacyach odpowiednich rękawiczek aseptycznych, przygotowanych z rozmaitych materyałów. Niestety, pominąwszy koszta na sprawianie coraz nowych garniturów, rękawiczki tamują swobodę ruchów w palcach, a co ważniejsza, przytępiają delikatność czucia, tak potrzebnego wśród operacyi, nie mówiąc już o tem, że aseptyczne rękawiczki trzeba przecież nawdziewać aseptycznemi rękami. A zatem nie tak prędko chyba mycie rąk da się czemś innem zastąpić.

Co się tyczy sztuki aseptycznego mycia rąk, to, jak dotychczas, najwięcej trafia do przekonania i najwięcej liczy zwolenników metoda Fürbringera, która wymaga spełnienia następujących warunków: 1. dokładnego oczyszczenia mechanicznego rąk z brudu przy pomocy mydła, szczotki, wody ciepłej, pilniczka, nożyczek do paznogci, przyczem szczególniejszą należy zwrócić uwagę na zaułki około — i pod paznogciami. Jest to przedwstępny akt do nastąpić obecnie mającego właściwego wyjałowienia rąk; 2. właściwe wyjałowienie rąk składa się: a) z dokładnego wymycia rąk zapomocą aseptycznych szczotek, aseptycznego mydła i ase-

ptycznej wody; wymycie to ma na celu zmiękczenie, odtłuszczenie i usunięcie mechaniczne powierzchownej warstwy zrogowaciałego naskórka, będącego głównym siedliskiem bakteryj; b) z dokładnego odtłuszczenia rąk zapomocą eteru — stwardnienia powierzchownego naskórka zapomocą wyskoku absolutnego, a wreszcie c) desinfekcyi tak przygotowanej skóry zapomocą sublimatu $1^{0}/_{00}$, który ponadto ma za cel stwardnić powierzchowne warstwy naskórka, tworząc w ten sposób na rękach operatora rodzaj bardzo delikatnych antyseptycznych rękawiczek.

Co się tyczy wyjałowienia pola operacyjnego, to o ile pole to jest skórą, myje się je tak, jak ręce; o ile zaś — błoną śluzową, to poprzestaje się na dokładnem usunięciu śluzu z powierzchni przy pomocy przepłókiwań płynami rozpuszczającymi śluz, oraz wycierania aseptycznymi wacikami, a następnie na przepłókaniu lub lekkiem wytarciu wacikami, napojonymi słabym roztworem antyseptyku, nie działającym na nabłonek gryząco. Błona śluzowa wogóle nie znosi tak energicznych procedur sterylizacyjnych, jak skóra, i dlatego odkażenie jej nigdy nie może być tak pewne, jak skóry.

Jak długo należy wykonywać poszczególne akty mycia rąk, i w jaki sposób, dzieje się to rozmaicie w rozmaitych klinikach, zależnie od osobniczych zapatrywań szefów. Każdy zaś z ogółu lekarskiego myje swe ręce tak, jak się tego w szkole nauczył. Ogólne atoli zasady mycia skóry są wszędzie jednakowe i jak dotychczas obowiązujące.

Czy przy pomocy mego przyrządu można aseptycznie wymyć ręce i pole operacyjne? Wykonanie dokładne przedwstępnego obmycia do mającego nastąpić właściwego odkażenia rąk i skóry pola operacyjnego nie napotyka na żadne trudności, mamy bowiem do rozporządzenia dostateczną ilość czystej wody ciepłej studziennej (nie wyjałowionej), którą uzyskuje się przy chłodzeniu przyrządu. Wodę tę zbiera się na czystą gospodarczą miednicę lub miskę. Mydło gospodarcze, szczotka, pilniczek, nożyczki i dostateczna ilość ciepłej wody są w stanie łatwo usunąć brud z rąk naszych i z pola operacyjnego.

Do właściwego wyjałowienia dokładnie wymytych rąk, w przyrządzie moim posiadamy: 1) 2 litry wody wyjałowionej, lub 2 litry $1^{0}/_{0}$ roczczynu sody, który jeszcze lepiej niż zwykła woda, usuwa i zmiękcza naskórek zrogowaciały rąk; 2) 2 szczotki dokładnie w parze wyjałowione; 3) aseptyczny pilniczek; 4) aseptyczne waciki, a ponieważ biorę z sobą do operacyi flaszkę z wyskokiem mydlanym i flaszkę z eterem, oraz pastylki sublimatowe, więc mam do rozporządzenia wszystko, czego mi potrzeba do najskrupulatniejszego wykonania wyjałowienia rąk według metody Fürbringera.

Przyrząd mój może pomieścić wygodnie 5 litrów wody. Ilość ta wylewa się ciągłym i pełnym strumieniem przez wylot w kurku w ciągu minut 10, czyli 1 litr przez minut 2. Mycie rąk mydłem, szczotką i wodą ma trwać 10 minut wogóle, licząc w to i czas zużyty na wycieranie rąk mydłem i szczotką i czas potrzebny na spłókiwanie mydła wodą. W czasie mycia rąk możemy łokciem dowolnie regulować i przerywać wypływ wody, ograniczając niepotrzebne wylewanie się wody do *minimum*. Jeżeli przyjmiemy, że w 10-ciu minutach mycia rąk, 7 minut trwać będzie wycieranie rąk mydłem i szczotką, a 3 minut opłókiwanie, to zużyjemy dopiero $1^{1}/_{2}$ litra płynu aseptycznego.

Istotnie doświadczenie pouczyło mnie, że 3 litry wody aseptycznej w przyrządzie wystarczają zupełnie do tych operacyj, jakie lekarz bez pomocy asystentów zazwyczaj podejmuje w domu prywatnym. Po dokładnem obmyciu rąk pozostaje w przyrządzie do $1^{1}/_{2}$ litra wody, która służy do obmycia pola operacyjnego i opłókiwania rąk z krwi w czasie operacyi.

W razie gdyby lekarz widział z góry, że mu 3 litry płynu aseptycznego nie wystarczą do operacyi, naprzykład, gdyby operował w asystencyi drugiego lekarza, może sobie bardzo łatwo poradzić w sposób następujący: nastawiając przyrząd z 3-ma litrami wody do operacyi, niech każe równocześnie zagotować wodę albo na kuchni, albo w samowarze. Po ukończeniu wyjałowienia i wystudzeniu przyrządu niech narzędzia wraz z sitem włoży do nakrywy przyrządu, a wodę wyleje z przyrządu do tejże nakrywy przez odjęcie kurka, Następnie, po założeniu kurka, niech wodę wrzącą z kuchennego garnka lub z samowaru wleje do przyrządu i zapomocą chłodnicy wystudzi w kilku minutach tak, aby była zdatną do użytku. Ponieważ chłodnica jest wyjmowalna, można nią w czasie chłodzenia mięszać płyn w przyrządzie, przez co chłodzenie znakomicie się przyśpiesza. W ten sposób można szybko otrzymać tyle wody letniej aseptycznej, ile się zechce.

Widzimy zatem, że przyrząd mój zupełnie zadowalniająco spełnia swe zadanie, jako umywalnia aseptyczna, a przez założenie na drugi wylot kurka wyjałowionej w parze cewki gutaperkowej z kanką szklaną — także, jako irygator aseptyczny.

Czemże przyrząd mój przewyższa dotychczas używane umywalnie i irygatory?

Chcąc, by umywalnia lub irygator istotnie odpowiedziały wymaganiom aseptyki operacyjnej, muszą one posiadać następujące warunki: 1) płyn w zbiorniku ma być aseptyczny; 2) wnętrze zbiornika i przewodu kurka, a przy irygatorze także cewka gutaperkowa i kanka muszą być aseptyczne, wreszcie 3) otwieranie i zamykanie kurka umywalni lub irygatora, czyli regulowanie odpływu wody, nie powinno odbywać się umywaną ręką.

Jeżeli przyjrzymy się dotychczasowym systemom irygatorów, oraz umywalń t. zw. aseptycznych, łatwo zauważymy, że w konstrukcyi ich drugi wyżej wymieniony warunek wcale nie jest uwzględniony. Nie mogą sobie zatem rościć pretensyi do nazwy przyrządów aseptycznych.

Fakt ten został uznany niejednokrotnie i są kliniki, gdzie zaniechano korzystać z umywalń, a ręce do operacyi aseptycznej myją w miednicach wyjałowionych, napełnionych wodą aseptyczną. Że mycie rąk, choćby w miednicy aseptycznej, napełnionej wodą aseptyczną, nie może być racyonalne, rozumie się samo przez się, boć przecież z chwilą gdy 1-szy raz opłókamy sobie ręce z mydła w tej wodzie, już woda ta i naczynie przestają być aseptycznemi. Trzebaby chyba za każdym razem odmieniać wodę i miednicę, a to po prostu ze względów praktycznych uskutecznić się nie da.

Również nie korzysta się w klinikach z irygatorów dla aseptycznego spłókiwania rany operacyjnej aseptycznej, ale wyjaławia się płyny aseptyczne w karafkach i wprost z nich się je na rany wylewa. Dlaczego? bo nikt nie ufa aseptyczności irygatorów klinicznych. Niestety nie zawsze

da się irygator zastąpić karafką z wodą aseptyczną, raczej naodwrót.

Widzimy zatem, że przyrząd mój, pojęty jako sterylizator w sodzie dla narzędzi, albo jako desinfektor parowy dla opatrunków, albo umywalnia aseptyczna, lub irygator — wcale nie potrzebuje się obawiać porównania z wyżej wymienionymi przyrządami klinicznymi dla aseptyki operacyjnej. Owszem, powyższe przyrządy kliniczne wymagają modyfikacyi w myśl konstrukcyi mojego przyrządu, albowiem, jak na teraz, pewnością co do aseptyki nie mogą się mierzyć z przyrządem moim. Wszystkie owe czynności przyrząd mój może równocześnie wykonać. Poprzednio omówiłem warunki, konieczne dla aseptycznego wykonania operacyi. Warunki te przy pomocy mego przyrządu można wykonać o każdej porze, choćby w chłopskiej chałupie; przeprowadzenie więc aseptyczne operacyi nawet w najuboższym domu na prowincyi nie napotyka na żadne trudności.

Niewątpliwie w dobrze urządzonej sali operacyjnej operuje się z większą wygodą, niż w domu prywatnym; ale posiadając przyrząd mego pomysłu można i w domu prywatnym dokonać wszelkiej operacyi chirurgicznej czy położniczej z tą samą aseptyką, o jakiej mogą marzyć tylko dobrze urządzone sale operacyjne. W czasach przedantyseptycznych lepszym był (statystycznie rzecz biorąc) ze względu na powikłania w gojeniu się ran, wynik operacyj, uskutecznianych w domach prywatnych, niż w szpitalach. Obecnie, w czasach aseptyki, stosunek się zmienił na niekorzyść mieszkań prywatnych. Mam to głębokie przekonanie, że w razie wprowadzenia w powszechne użycie mego przyrządu statystyka zmieni się znów na korzyść praktyki prywatnej, co zresztą wyjdzie na korzyść cierpiącej ludzkości i na pożytek działalności lekarskiej; nie będzie się bowiem tylu przypadków, wymagających ścisłej aseptyki, odsyłać do szpitali.

(Dokończ. nastąpi).

## IV. Wyciągi.

Prof. Wolf (Berlin). **Wyniki otrzymane przez podawanie hetolu zwierzętom gruźliczym.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 28, 1901). 1) W pierwszym szeregu doświadczeń szczepiono czyste hodowle prątków gruźliczych do przedniej komory ocznej u królików, z następowemi przez całe miesiące trwającemi wstrzykiwaniami hetolu do żył, przyczem u zwierząt kontrolnych wstrzykiwań nie stosowano: różnicy wcale nie stwierdzono, czy zwierzęta były poddawane temu postępowaniu, czy też nie. 2) Szczepiono królikom prątki gruźlicze do jamy otrzewnowej i stosowano hetol otrzewnowo — wyniku nie było. 3) Zwierzęta wdychały prątki gruźlicze, a potem dostawały hetol — również żadnego skutku nie zauważono. Według dotychczasowych badań ma hetol skutkiem drażnienia tkanki łącznej sprowadzać otorbienie ognisk gruźliczych, — lecz i tego także nie stwierdzono, pomimo że wstrzykiwano hetol przez cztery miesiące.

Następnie leczono hetolem przeszło 42 suchotników, u których gruźlica przebiegała bez powikłań i bez gorączki — żadnego wpływu na sprawę miejscową nie zauważono. W końcu nadmienić należy, że drugim wielce zalecanym środkiem (Prof. Cervello-Palermo) ma być igazol (związek formaliny i jodu), — również i po nim żadnego wpływu nie widziano. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Ziemke. **Dalsze szczegóły o odróżnianiu krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą swoistej surowicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 42). Wartość sposobu odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą sposobu Uhlenhutha-Wassermana-Schützego nie ulega dzisiaj już żadnej wątpliwości, pozostaje tylko opracować jeszcze niektóre jego zastósowania, mogące się zdarzyć w praktyce sądowo-lekarskiej, oraz sam sposób, o ile się da, uprościć. Prowadząc ciągle badania w tych kierunkach, podaje Z. następujące praktyczne szczegóły. Wobec tego, że do przygotowania swoistej surowicy zwierzęcej potrzeba krwi ludzkiej, a tej od chorych dostać nie łatwo, próbował Z. posługiwać się krwią ze zwłok i przekonał się, że zapomocą niej można otrzymać wyniki dobre, nawet jeżeli krew wzięto ze zwłok w 3—4 dni po śmierci (byleby była płynną). Wprawdzie w ten sposób uzyskana surowica jest nieco słabszą, niemniej daje wyniki lepsze, niż surowica, uzyskana zapomocą surowicy ludzkiej z wodniaków, przesączyn itd. Ważną rzeczą jest przechowywanie swoistej surowicy; ponieważ dodanie chloroformu dość szybko osłabia siłę surowicy, przeto zaleca się przechowywanie t. zw. surowicy suchej, to jest jej działających swoiście globulinów, strąconych siarkanem magnowym. Strąt ten przechowuje się w eksykatorze nad kwasem siarkowym, a w razie potrzeby rozpuszcza się go w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. W badaniach można obchodzić się dość małą ilością rozczynu krwi i surowicy, posługując się małemi probówkami, mieszczącemi 2—3 ctm.³ (o średnicy ½ ctm.). Napełniwszy je rozczynem badanej plamy krwawej w 0·6% soli, lub 0·1% sodzie, wystarczy dodać parę kropli surowicy, aby wkrótce dostrzedz powstający strąt kłaczkowaty, jeżeli badana krew jest krwią ludzką. Za bardzo znamienną cechę rozpoznawczą uważa Z. właśnie kłaczkowatą postać osadu. Przekonał się dalej Z., że także w mięszaninach krwi ludzkiej ze zwierzęcą (rozmaitych gatunków) można zawsze otrzymać sposobem Uhlenhuth-Wassermana-Schützego dodatnie wyniki. Ponieważ niekiedy bardzo stare plamy krwawe nie rozpuszczają się ani w rozczynie soli, ani w rozczynach sody (w których nie należy przekraczać granicy 1%), wówczas można jeszcze rozpuścić je w rozczynie sinku potasu. Jednakże w rozczynie takim nie udaje się już zapomocą swoistej surowicy wywołać strątu, nawet zobojętniając jego zasadowość zapomocą kwasu octowego. Natomiast odczyn zapomocą surowicy występuje, jeżeli do rozczynu dodamy tyle kryształków kwasu winnego, aby okazywał ślad zasadowości (jeżeli bowiem przekroczyć tę granicę, to z chwilą najsłabszego choćby zakwaszenia rozczyn się mąci). W końcu popiera Z. usilnie żądanie Uhlenhutha, aby wyrobem swoistej surowicy dla użytku lekarzy sądowych zajął się zakład państwowy, który zarazem miałby za zadanie sprawdzać wyniki badania w przypadkach wątpliwych. Za najwłaściwszy do tego celu uważa Z. berliński zakład sądowo-lekarski. (Możeby i u nas, nie dając się wyprzedzić zagranicy, swoistą surowicę do sądowo-lekarskich badań krwi mogły wyrabiać, choćby w małych ilościach, Zakłady wszechnic lwowskiej lub krakowskiej, czy to sądowo-lekarskie, czy też higieniczne? *Sprawozdawca*). *Z.*

M. Rabé. **O drogach wydzielania barwika w moczówce bronzowej.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 56). W moczówce bronzowej (diabète bronzé) nabłonek pokrywający przewody wydzielnicze pewnych gruczołów, jak wątroby, trzustki, gruczołów ślinowych, może być przejęty barwikiem zarówno, jak komórki miąższowe. W niektórych przypadkach naciek żółtawy obejmuje też przybłonek tchawicy i oskrzeli i śródbłonek pęcherzyków płucnych. W przypadku spostrzeganym przez Rabégo naczynia włosowate płuc wydawały się jakby nadziane zatorami barwikowymi. Bogactwo tkanki płucnej w hemosiderynę również budzi myśl, że zachodzi tam tensam proces wydalania barwika. Z tych wskazówek histologicznych wyciąga R. wniosek, że komórki miąższu gruczołowego wydalają barwik z jednej strony drogą przewodów gruczołowych, z drugiej zaś strony wydalanie to odbywa się drogą naczyń chłonnych i żylnych. Tą drogą cząstki nacieku barwikowego dochodzą do naczyń włosowatych płucnych, ztąd do pęcherzyków, z których zostają na zewnątrz wyrzucone. Inna część barwika dostaje się w duży krwiobieg, a następnie wydala ją ustrój drogą nerek. *Dr. M. Blassberg.*

H. Claude i A. Zaky. **Zastosowanie lecytyny w gruźlicy.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 78). Lecytyna, jak to z doświadczeń Claudea i Zakyego wynika, wywołuje w ustrojach gruźliczych znaczną modyfikacyę w przemianie materyi, objawiającą się bezpośrednio zmniejszonem wydzielaniem fosforu i skłonnością do zwiększania się zużytkowanego azotu. Z wyjątkiem osobników, dotkniętych zbyt ostro przebiegającą gruźlicą lub sprawą, doszłą do ostatniego stopnia rozwoju, zresztą objawia się ta przemiana widocznem wzmożeniem się łaknienia, zwiększaniem ciężaru ciała i zadziwiającem polepszeniem się stanu ogólnego. Wpływ lecytyny na zmiany miejscowe i ich przebieg nader trudno ocenić, ponieważ badania autorów zbyt krótko się odbywały, aby dozwalały na sąd w tym kierunku. Z wybitnego polepszania się wszakże stanu gruźlicy w początkowych okresach można wnioskować, że także zmiany miejscowe ulegają zanikowi. Przy bardziej wzmożonym procesie rozpadowym spostrzeżenia kliniczne dozwalały stwierdzić korzystny wpływ na przebieg choroby. Nadto należy zauważyć, że lecytyna, którą autorowie podawali 21 chorym w postaci pigułek, zawierających po 0·05 grm., jest zupełnie nieszkodliwą, że może zatem zna-

komicie wesprzeć skarbiec leków, zwłaszcza jako swoisty środek przeciwgruźliczy. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. Balacesen. **Natychmiastowy szew pęcherza po cięciu nadłonowem.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 25, 1901). Jonnesco, przenosząc w przypadkach kamieni pęcherzowych operacyę krwawą nad kruszenie, stara się możliwie uprościć leczenie następowe. Do tego celu obmyślił specyalny dość zawikłany sposób zaszywania pęcherza. Najistotniejszem w tej metodzie jest to, że z lewego brzegu rany pęcherzowej zdejmuje pasek błony śluzowej, który następnie nasuwa nad brzeg prawy. W ostatnich czasach po operacyi nie zakładał do pęcherza cewnika na stałe, lecz polecał chorym, aby sami mocz oddawali. *Herman.*

Netter. **Stosunek wrodzonej nieprawidłowości jelita esowatego do zaparcia stolca w wieku dziecięcym (choroby Hirschprunga) i do skręcenia jelita esowatego u dorosłych.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Z. III i IV). Kliniczne objawy choroby Hirschprunga są następujące: wrodzone, uporczywe, przewlekłe zaparcie stolca u osesków i małych dzieci i wzmagająca się bębnica przy równoczesnym często dobrym stanie ogólnym. W przeciwieństwie do Hirschprunga utrzymują Marfan i Johanessen, że jedyną zmianą wrodzoną jest nadmierna długość jelita esowatego i tem tłómaczą objawy kliniczne. Autor na podstawie własnych spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków: 1) U noworodków zgięcie esowate jest stosunkowo dłuższe, aniżeli u dorosłych, i przedstawia mniej lub więcej liczne zwoje, które niekiedy nie powodują żadnych objawów klinicznych. 2) Istnieje wrodzone nadmierne powiększenie jelita esowatego w kierunku długości, które może spowodować objawy choroby Hirschprunga. Jelito układa się naówczas w zwoje, jest następowo rozszerzone, a wskutek tego wytwarzają się względne zwężenia. 3) Należy więc chorobę Hirschprunga w znaczeniu anatomo-patologicznem określić jako wrodzone, nadmierne wydłużenie dolnego odcinka jelita grubego. Sposób powstawania tej zmiany nie jest dostatecznie wyjaśniony. 4) Istnieje prawdopodobnie związek między chorobą Hirschprunga u dzieci a skręceniem jelita esowatego u dorosłych. *Dr. Jan Landau.*

## V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Baum gorąco zaleca zamiast jodku potasowego jodypinę, nie wywołującej nigdy zatrucia jodem. Wewnętrznie używa się 10%-wej jodypiny w ilości trzech łyżeczek trzy razy dziennie; — do podskórnych wstrzykiwań (w pośladki) używa się 25% rozczynu, w 5-cio do 10-cio gramowych dawkach. *Dr. Pisek.*

Dr. Skillmann stosował **protargol w chorobach nosa i gardła.** (*Journal of eye ear and throat diseases* Nr. 2, 1901) i przekonał się, że działa on również dobrze, jak kamień piekielny, nie drażniąc jednak, jak ten ostatni. Daje się bardzo dobrze używać do rozpylania, a plamy z niego powstałe łatwo się usuwają. Z początku leczenia należy zachować pewną ostrożność w stężeniu rozczynów, pewne bowiem osoby okazują do niego idyosynkrazyę. W ostrem zapaleniu przewodu nosowego poleca rozpylania 20% (dla dzieci 0·5—1%), w przewlekłych nieżytach krtani rozpoczyna rozpylania od rozczynu 2%, pomału postępując do 10%. Również dobrym okazał się protargol w przewlekłem zapaleniu połyku, natomiast mało skuteczny w ostrem zapaleniu krtani. *Dr. Flis.*

Dr. J. Braun. **Przyczynek do stosowania airolu „Roche“ w praktyce.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* Z. 16, 1901). Autor przypisuje airolowi specyalne wskazania w leczeniu wrzodów żylakowych, które wskutek skłonności do wyprysku nie nadają się do stosowania jodoformu. Wśród spokoju i stosowania airolu w proszku i maści goją się te uporczywe wrzody w 10—14 dniach. Po wyłyżeczkowaniu zserowaciałych gruczołów, albo w próchnicy kości, może airol zastąpić jodoform, a ma tę wyższość, że jest bezwonny, nie drażniący i nie trujący. Nawet używany tygodniami nie sprawia wyprysku. W oparzeniach używa się pod postacią zasypki 1: 10 skrobi albo maści, działa kojąco i gojąco. W zapaleniu przewodów nosowych u osób zołzowatych stosuje się pod postacią 5—10% maści, działa wysuszająco i zmniejsza wydzielinę. Szczególnie poleca autor airol w zapaleniu żołędzi i przeczosach brodawek piersiowych, które radzi obmywać rozczynem nadmanganezyanu potasowego i grubo smarować 10%-wą maścią airolowo-lanolinową, albo pokryć airolowym kolodyonem. W tych przypadkach działa airol wybitnie kojąco tak, że po 1—2 dniach kobiety mogą już karmić bez bólu. W owrzodzeniach nawet przyrody kiłowej działa airol bardzo skutecznie, a we wrzodzie miękim nawet swoiście. W nieżytach szyjki i nadżerkach części pochwowej oddają znakomite usługi pręciki airolowo-kakaowe (*0·5 airoli*), codziennie wprowadzane, albo tampony z 10—20%-wą maścią airolowo-lanolinową. W końcu podnosi autor wartość airolu w owrzodzeniach gruźliczych języka, gardła i krtani. *Dr. Flis.*

**Nowe prace o alboferynie.** Dr. Woerz (*Wr. klin. Rundschau* 1901, Nr. 20) uzyskał, stosując alboferynę, dobre wyniki w krwotokach porodowych i przy poronieniach, w krwawieniach macicznych przy mięsakach, jak również w niedokrewnościach z innych powodów. Szczególnie podnosi łatwą strawność tego przetworu. Dr. Reichelt (*Wr. kl. Rundschau* Nr. 23 i 24) stosował **alboferynę** w 45 przypadkach pierwotnej i następowej niedokrewności, kontrolując wyniki tego leczenia oznaczaniem liczby ciałek krwi i hemoglobiny. Lek ten oddawał mu zawsze doskonałe usługi. Dr. Kluk-Kluczycki (*Med. chir. Centralblatt* 1901, Nr. 14) uważa alboferynę za dzielny lek w leczeniu niedokrewności, gdyż ulega łatwo wessaniu i pobudza łaknienie. Dr. Friedländer (*Wr. med. Blätter* 1901, Nr. 17) podnosi skuteczne działanie alboferyny w krzywicy i w upośledzonym rozwoju u dzieci. Dr. Jeż (*Med. chir. Centralblatt* 1901, Nr. 27) poleca alboferynę, jako przetwór zawierający białko (90·14%) i żelazo, związane organicznie. Dr. Kölbl (*Wr. med. Blätter* 1901, Nr. 21) stosował alboferynę z dobrym skutkiem w błędnicy, niedokrewności, krzywicy, zołzach. Dr. Blum (*Klin. therap. Wochschft* 1901, Nr. 28) uważa alboferynę za znakomity przetwór w leczeniu niedokrewności, gdyż nie zobojętnia ona soku żołądkowego, który, jak wiadomo, w przypadkach niedokrewności znajduje się w małej ilości w żołądku.

Tourlet badał **fersan** co do własności jego odżywczych i leczniczych (*These pour le doctorat en medicine* Paryż, 1901), a na podstawie swoich doświadczeń klinicznych doszedł do następujących wniosków: fersan jest lekiem posiadającym dwie wybitne własności: 1) jest przetworem stałym i niezmiennym w składzie chemicznym, jak również, że 2) jest łatwo wessalnym. Autor uważa fersan za środek nietylko odżywczy, ale zarazem leczniczy, oddający rzeczywiste usługi nawet w przypadkach, w których zależy nam na podtrzymaniu sił chorego bez obciążenia trawienia. Jest to jeden z najcenniejszych środków, jakie posiadamy, zwłaszcza w leczeniu niedokrewności, błędnicy, neurastenii i wogóle we wszystkich cherach, jak np. gruźlica, której przebieg wskutek podawania fersanu bywa zawsze złagodzonym.

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie zwyczajne w dniu 16 października 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o piśmie Dra Rotha z podziękowaniem za przesłane mu życzenia w dniu jego jubileuszu. Przyjęto do wiadomości.

III. Dalej zawiadamia przewodniczący o uchwale Komitetu, by nowozawiązanemu Towarzystwu lekarskiemu w Częstochowie przesłać na ręce prezesa, Dra. Biegańskiego, serdeczne życzenia rozwoju i powodzenia. Przyjęto jednogłośnie.

IV. Przewodniczący zawiadamia o liście prof. Becka ze Lwowa, w sprawie współdziałania obu Komisyj przemysłowo-lekarskich w Krakowie i Lwowie i wyjaśnia, że list ten odesłał do załatwienia do kol. prof. Korczyńskiego, jako przewodniczącego Komisyi przemysłowo-lekarskiej naszego Towarzystwa. Przyjęto do wiadomości.

V. Przewodniczący poświęca gorące wspomnienie zmarłemu koledze ś. p. Dr. Buszkowi dodając, że zmarły, jako jeden z najstarszych członków, nie zapomniał w ostatnich chwilach życia o Towarzystwie, zapisując mu bogaty zbiór książek treści lekarskiej. Na pogrzebie reprezentował przewodniczący Towarzystwo lekarskie, od którego też złożono wieńce na trumnie. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

VI. Przewodniczący zawiadomił o nieodżałowanej i niczem niepowetowanej stracie z powodu śmierci profesora Dra. Marcelego Nenckiego. Jakkolwiek losy nie pozwoliły zmarłemu pracować u swoich, to jednak był on całą duszą Polakiem, czego dowody złożył na różnych polach obywatelskiego życia. Po ukończeniu studyów medycznych w Berlinie przeniósł się do Berna, gdzie wkrótce został docentem, a potem profesorem. Ztąd w r. 1891 powołano go na katedrę chemii fizyologicznej do Petersburga. Liczne a doniosłe jego prace zjednały mu uznanie i sławę wszechświatową. Od roku 1884 był człon-

kiem krak. Akademii Umiej., nadto członkiem honorowym naszego Tow., a w roku zeszłym otrzymał honorowy doktorat Uniwersytetu Jagiellońskiego z okazyi 500-nego Jubileuszu. W lipcu zeszłego roku przybył Nencki na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Krakowa i uświetnił go swym odczytem na pierwszem ogólnem posiedzeniu. Wspominał wtedy, że chciałby teraz zużytkować swą długoletnią pracę i stworzyć z niej niejako całokształt: niestety nieubłagana śmierć stanęła temu na przeszkodzie, wydzierając społeczeństwu naszemu i nauce przedwcześnie tak znakomitego uczonego i nauczyciela. Zebrani, stojąc, wysłuchali przemówienia.

VII. Kol. Gliński przestawił:

1) Okaz trzustki dodatkowej. U 43-letniego mężczyzny, zmarłego na gruźlicę płuc, na tylno-górnej ścianie dwunastnicy w odległości 4 ctm. poniżej odźwiernika znajdował się twór wielkości migdała, o budowie makroskopowo zrazikowej, okazujący pod drobnowidem utkanie trzustki; zraziki gruczołowe tworzą większe skupienia, leżące głównie pomiędzy warstwą mięsną zewnętrzną (podłużną) a otrzewną, oraz w obrębie warstwy mięsnej zewnętrznej, częściowo nawet zachodzące i do w. mięsnej wewnętrznej (okrężnej). Miejscami, jak to wskazują preparaty drobnowidowe, które również prelegent przedstawia, znajdują się dość liczne, dochodzące wcale znacznej grubości przewody. Mniej więcej w środkowej części tego tworu od strony dwunastnicy znajduje się niewielkie wzniesienie, a w jego środku drobny otworek, w który na okazie świeżym udało się wprowadzić cienką szczecinkę; otwór tên uważa prelegent za ujście wspólnego przewodu wyprowadzającego. Trzustka właściwa posiada kształt i wielkość prawidłową, jej przewód (d. Wirsunggianus) uchodzi wspólnie z przewodem żółciowym wspólnym na dolno-tylnej ścianie dwunastnicy w odległości 5 ctm. poniżej trzustki dodatkowej; przewodu dodatkowego (d. Santorini) nie znaleziono. Zgodnie z wypowiedzianymi już dawniej zapatrywaniami, uważa prelegent znaleziony twór za rzeczywistą trzustkę dodatkową, która rozwinąć się musiała z jednego z pierwotnych zawiązków trzustki w warunkach zwykłych nie rozwijającego się dalej i stąd nie uczestniczącego w wytwarzaniu trzustki właściwej.

2) 3 okazy przełyków z niezwykle silnie rozwiniętymi t. z. gruczołami wpustowymi w górnej części przełyku. Do niedawna jeszcze histologowie w obrębie przełyku opisywali tylko gruczoły śluzowe, rozrzucone w zmiennej ilości w błonie podśluzowej i to głównie w górnej części przełyku. Badania lat ostatnich wykazują, iż prócz gruczołów śluzowych, znajdują się i inne gruczoły, usadowione w obrębie samej błony śluzowej i cechami swemi (obecność 2 rodzajów komórek, głównych i okładowych) odpowiadające gruczołom w części wpustowej żołądka. Ogniska takie, jak to wykazał Schaffer, znajdują się głównie w 2 miejscach; *a)* tuż ponad wpustem, *b)* w t. z. zatokach bocznych w początkowej części przełyku, mogą jednakie spotykać się i w innych częściach przełyku, jak to miało miejsce w przypadku Ebertha, który znalazł takie ognisko w początkowej części dolnej połowy przełyku. Ogniska takie u człowieka mogą niekiedy dochodzić znacznych rozmiarów, a wtedy ponad nimi nie znajdujemy już wielowarstwowego nabłonka płaskiego, lecz jednowarstwowy nabłonek wałeczkowy i ogniska te utkaniem swem odpowiadają wtedy raczej błonie śluzowej żołądka, niż bł. śluzowej przełyku. Tego właśnie rodzaju ogniska znajdują się w przedstawionych przez prelegenta okazach. Okaz pierwszy pochodzi ze zwłok 14-letniego chłopca ze starym ropniem w mózgu i z następowem ropnem zapaleniem opon mózgowych; okaz drugi znaleziono u 55-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu gruźlicy płuc, wreszcie przypadek trzeci dotyczy 24 letniego mężczyzny z ogólną gruźlicą prosówkową. We wszystkich tych przypadkach omawiane ogniska znajdują się w obrębie zatok bocznych na wysokości chrząstki obrączkowej i 4 pierwszych chrząstek tchawiczych; w przypadku pierwszym znajdujemy jedno ognisko o wymiarach $1^1/_3 \times {}^3/_4$ ctm., po stronie prawej, w przypadku trzecim 2 ogniska symetryczne o wymiarach: prawe $1^1/_2 \times {}^3/_4$ ctm., lewe $2^1/_2 \times {}^3/_4$ ctm., wreszcie w przypadku drugim, po stronie prawej dobrze wykształcone ognisko $1^1/_2 \times {}^1/_2$ ctm., po stronie zaś lewej zaledwo zaznaczone. Wszystkie te ogniska posiadają kształt owalny, długą swą osią odpowiadają długiej osi przełyku, już wejrzeniem makroskopowem silnie odbijają od otaczającej prawidłowej błony śluzowej przełyku; są zabarwione więcej różowo, posiadają powierzchnię lekko ziarnistą, od otoczenia są ostro odgraniczone i na pierwszy rzut oka robią wrażenie powierzchownych nadżerek; ogniska, leżące w lewej zatoce bocznej są wogóle nieco niżej położone, niż leżące po stronie prawej. Co się tyczy pochodzenia tych ognisk, to jedynie uwzględniając historyę rozwoju przełyku oraz anatomię porównawczą, możemy zrozumieć ich obecność w przełyku, co zresztą w swoim czasie wyjaśnił już Schaffer

3) Okaz trzeci przedstawia nowotworowo zmienioną nerkę, usuniętą operacyjnie przez prof. Trzebicky'ego u 67 letniego mężczyzny, który na kilka miesięcy przed operacyą zauważył krew w moczu, a na 3 miesiące w okolicy lędźwiowej powiększający się stale guz. Makroskopowo nerka jest w całości znacznie powiększona o powierzchni nierównej, guzowatej, a na rozkroju widoczne są bardzo liczne różnej wielkości guzy o niejednolitem wejrzeniu; już to bardzo blade, prawie białe, już też więcej różowe, unaczynione, już wreszcie niektóre w częściach środkowych obumarłe, rozpadające się; guzy te są tak liczne, iż tylko miejscami pomiędzy nimi utrzymały się resztki właściwej substancyi nerkowej. Badanie drobnowidowe wykazuje, iż wszystkie te guzy okazują zasadniczo jednakową budowę, a mianowicie przedstawiają obraz t. z. nadnerczaka (hypernephroma), t. j. nowotworu, wychodzącego z ognisk o budowie nadnercza, spotykanych w nerce; różnica między rozmaicie makroskopowo się przedstawiającymi ogniskami polega tylko na silniejszem lub słabszem ich unaczynieniu, na obecności lub braku wynaczynień, lub wreszcie jest zależną od tego, iż niektóre partye uległy obumarciu. Ogniska o utkaniu nadnercza w obrębie nerki spotykają się względnie często i, jak świadczy właśnie okaz, mogą być punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych, mogących tworzyć przerzuty w najrozmaitszych narządach.

Do kategoryi ognisk zarodkowych dają się również zaliczyć i ogniska wymienione po 1) i 2). Ogniska te również mogą być punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych, których budowa bez znajomości tych ognisk byłaby dla nas niejednokrotnie całkowicie niezrozumiałą. Że zaś ogniska mogą rzeczywiście dać powód do powstania nowotworów złośliwych, świadczą dość wymownie obrazy drobnowidowe z jednego z wyżej opisanych ognisk w przełyku (ze zwłok 24 l. mężczyzny), gdzie znajdujemy już tylko częściowo charakterystyczne utkanie, podane przez Schaffera, poza tem zaś widzimy utkanie siatkowate z ogniskami nabłonkowymi, a więc obraz rozpoczynającego się bujania nowotworowego (rakowego). Takie i tym podobne ogniska, pochodzące z życia zarodkowego, spotykają się w najrozmaitszych częściach ustroju znacznie częściej, niż to ogólnie przypuszczamy, najczęściej jednakowoż uchodzą one naszej uwagi ze względu na swoją nieznaczną wielkość; częste zaś spotykanie tych ognisk oraz niejednokrotnie wykazany bezpośredni ich związek z nowotworami przemawia bez wszelkiej wątpliwości na korzyść teoryi zarodkowego pochodzenia jeśli nie wszystkich, to w każdym razie znacznej ilości nowotworów. Ogniska opisane pod l. 2) zasługują na uwagę i z innych względów, a mianowicie, jak to wykazał Schaffer, w związku z nimi pozostają spotykane niekiedy w przełyku wrzody okrągłe, (powstają one tutaj pod wpływem działania wytworzonego na miejscu soku żołądkowego), wreszcie ogniska te jako loci minoris resistentiae łatwo dać mogą powód po powstania uchyłków pulsyjnych; i rzeczywiście statystyka Haeckermanna to potwierdza (na 27 dokładnie opisanych takich uchyłków, 22 razy uchyłek znajdował się w obrębie zatok bocznych przełyku, a więc w miejscu, gdzie zazwyczaj znajdujemy i opisane ogniska).

VIII. Kol. Droba miał odczyt na temat: »Pasorzyt gruźliczy i jego właściwe miejsce w systemie pleśni« (Streszczenie odczytu przeznaczone do druku). Wykład nagrodzono oklaskami. W dyskusyi nad tym zajmującym wykładem zabierali głos koledzy: doc. Kryński, prof. Nowak, Lewkowicz, Hirsch i Bier.

Na tem posiedzenie zakończono.

*Dr. Władysław Żydłowicz*, sekretarz doroczny.

## VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił
**Dr. P. Kučera.**

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna

46. Dr. Č. Roháč (Praga). **Miednica przy obustronnem zwichnięciu wrodzonem stawu biodrowego i miednica z kręgosłupem zsuniętym** (*spondylolisthesis*). Oba te rodzaje niepra-

widłowej miednicy mogą być tak do siebie podobne, że w rozpoznaniu łatwą jest pomyłka, jak to w jednym przypadku prelegent miał sposobność się przekonać. Podobieństwo obu tych miednic pochodzi ztąd, że tak w jednej, jak i drugiej nieprawidłowości główną rolę odgrywa ucisk tułowia na ostatni krąg lędźwiowy. Dla rozpoznania zmian w miednicy ze zwichnięcia ważnem jest wykazanie, że główki kości udowych znajdują się poza stawem; dla rozpoznania zaś kręgosłupa zsuniętego (*spondylolisthesis*) jest znamiennem wymacanie obniżonego kręgu zapomocą badania wewnętrznego. Rokowanie w pierwszym razie jest wogóle dobre; przy kręgosłupie zaś zsuniętym zależy ono od stopnia zwężenia.

47. Dr. J. Veverka (Praga). **O zapobieganiu rzeżączkowemu zapaleniu oczu u noworodków zapomocą protargolu.** Na 1100 noworodków, u których stosowano protargol w klinice prof. Rubeška, tylko cztery razy wystąpiło zapalenie rzeżączkowe spojówki i to w 7-mym dniu po porodzie. Bezpośrednio, lub wkrótce po porodzie nie zachorowało żadne dziecko. Na podstawie tego spostrzeżenia należy gorąco polecić protargol (20%), jako środek zapobiegawczy.

48. Dr. K. Schwarz (Praga). **Nowoczesne leczenie zboczenia kręgosłupa** (*scoliosis*). Opisanie starych i nowych sposobów ortopedycznych wraz z demonstracyą odpowiednich przyrządów.

49. Dr. V. Kopfstein (Ml. Boleslav). **Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnego zapalenia śródpiersia przedniego.** Ogólne przedstawienie sposobów powstania obrazu klinicznego i metod operacyjnych leczenia choroby wymienionej, do czego autor dołącza krótki opis czterech przez siebie spostrzeganych przypadków:

1. Dziewczyna 13-letnia: próchnica mostka, ropień w śródpiersiu, trepanacya i wycięcie mostka. Wyzdrowienie.

2. Ropień śródpiersiowy po urazie u mężczyzny 33-letn. przebija na zewnątrz między 3-cim a 4-tym żebrem na prawo. Nacięcie ropnia, wycięcie brzegu mostka i żeber. Zagojenie.

3. Ropówka (*phlegmone*) śródpiersia po wyjęciu zęba. Śmierć z powodu ropnicy.

4. Zapalenie ropne śródpiersia po durze brzusznym u mężczyzny 18-letniego. Ropa przebiła się w kilku miejscach, rozszerzyła się naokoło osierdzia i spowodowała otok ropny lewej jamy opłucnowej, a jednak po wycięciu żebra nastąpiło wyzdrowienie.

50. Dr. E. Friedmann (Praga). **Najnowsze sposoby stosowania przetworów rtęci.** Żadna z najnowszych metod (woreczek Welandera z szarą maścią, lub Ahmanna z merkuryolem, *mercolinth* Blaschko, zastąpienie tłuszczu przez resorbinę, *ung. colloidale*, *vasogen*) nie może się wykazać lepszem działaniem od szarej maści Jedne tylko wstrzykiwania Łukasiewicza odznaczają się dobrem działaniem, wadą ich jednak jest znaczny ból po nich występujący.

51. Dr. J. Franta (Praga). **Leczenie przewlekłych zapaleń błony śluzowej macicy i przydatków zapomocą wstrzykiwań Grammatikatiego.** Metodę tę wypróbował F. w 20-tu przypadkach przewlekłego zapalenia, pochodzącego przeważnie z porodu lub rzeżączki. Wszystkie te chore były już leczone przedtem $^3/_4$ roku, a nawet dłużej, rozmaitymi innymi sposobami, jednak bez skutku. Pod wpływem wstrzykiwań Grammatikatiego, wykonywanych ambulatoryjnie trzy razy na tydzień, cztery przypadki zostały wyleczone w zupełności, 16 zaś doznało znacznej poprawy. Wynik taki zasługuje tembardziej na uwagę, ponieważ dotyczy on chorych biednych, które nie mogły się odpowiednio zaszanować. Autor jednak nie radzi używać tego leczenia u osób schorzałych, niedokrewnych i histerycznych.

52. Dr. A. Brabec (Praga). **O niezwykłej postaci promienicy u człowieka.** Promienica u człowieka występuje zwykle w postaci ropówki (phlegmone) twardej, do której prowadzą liczne przetoki, wydzielające ropę z charakterystycznemi ziarnkami. Obraz, zupełnie zbaczający od tego typu, widział B. w jednym ze swoich przypadków, w którym promienica przedstawiała się jako ściśle odgraniczony nowotwór jamy brzusznej. Guz ten siedział na sieci wielkiej, zrośnięty z poprzecznicą, przednią ścianą otrzewnej i z koniuszkiem wyrostka robaczkowego, w którym jednak żadnych śladów promienicy nie znaleziono. Na przekroju guz ten okazywał tkankę zbitą i jamy wypełnione treścią śluzową. Grzybka samego wykrył B. dopiero przy pomocy drobnowidu.

Postać ta, — zwykła to forma promienicy u bydła, — jest nader rzadką u człowieka (przypadek opisany jest 7-my z rzędu); przez Hofmeistra została nazwaną „actinomycoma intramurale“, i może wystąpić w ustroju i w każdem innem miejscu.

53. Dr. F. Messany (Praga). **O podwiązkach wielkich naczyń.**

54. Dr. K. Komárek (Praga). **Sprawa cięcia cesarskiego.** Cięcie cesarskie przy należytem oczyszczeniu jest poprostu zwykłą laparotomią, która nie przedstawia dla rodzącej nadzwyczajnego niebezpieczeństwa, zwłaszcza jeżeli jej poprzednio nie badano wewnętrznie zbyt często. Cięcie to najczęściej wykonuje się w pierwszym okresie porodu przy rozszerzonej szyjce, utrzymanym pęcherzu i dobrych bólach. Kierunek cięcia macicznego niema znaczenia; polecić można cięcie podłużne Sängera. Dla tamowania krwi nie trzeba żadnych zabiegów (uciskanie szyi rurą elastyczną, czy też ręką), a zupełnie wystarczają dobre skurcze macicy; stosowanie ergotyny jest zbyteczne. Do szycia najlepiej nadaje się katgut chromowy (szew węzełkowy).

55. Dr. J. Elgart (Berno). **Zapalenie szpiku kostnego u noworodku.** Przypadek dotyczy dziecka przedwcześnie (w 8-mym miesiącu) urodzonego, u którego w 2-gim tygodniu życia rozwinęło się ostre zapalenie szpiku kostnego w prawej kości goleniowej. Po dokonanej nekrotomii i zgojeniu w 13-tu miesiącach pozostało skrócenie kończyny dotkniętej o $^3/_4$ ctm. Przyczyną mógł tu być gościec stawowy matki, który przebywała cztery tygodnie przed porodem, lub też wyprysk ropny, który rozwinął się u dziecka z początkiem 2-go tygodnia. W pierwszym razie drobnoustroje byłyby się przedostały do ustroju dziecka już podczas życia płodowego.

56. Dr. V. Maxa (Praga). **Wartość nowych przetworów srebrowych w leczeniu rzeżączki.** Protargol okazał się (na oddziale prof. Janowskiego), jako dobry środek w tych przypadkach, w których nie wywołuje on nieżytu łuszczącego się, lub wielkich dolegliwości (pieczenia). Ilość gonokoków zmniejsza się wkrótce, lecz pod koniec zawsze potrzeba stosować dawne leki ściągające, lub nierozpuszczalne sole srebra.

Ichtargan znosi się dobrze w rozczynie 0·02—0·05: 200, również nie niszcząc jadowitości doszczętnie; zmniejsza jednak wkrótce wydzielanie, które traci zupełnie charakter ropny.

57. Dr. O. Polák (Praga). **O stosunku opilstwa do chirurgii.** Z pomiędzy 5431 chorych, leczonych w ostatnich 10-ciu latach na klinice prof. Maydla z powodu urazów, ropówki i zgorzeli, było 390 opilców (385 mężczyzn, pięć kobiet). W okresie ostrego zatrucia przyjęto opilców 83, z których żaden z tego powodu nie umarł. Opilstwo nie wpływa na przebieg gojenia, a tylko nieznacznie wpływa na uśpienie chloroformem. Pijaków nałogowych było 307 (piwo i wódka). W przeważnej liczbie przypadków tych uśpienie było utrudnione, gdyż łatwo występowała zamartwica, dwóch nawet zmarło podczas uśpienia (jeden na śmiertelne zemdlenie (*syncope*), drugi na porażenie ośrodka oddech.). Natomiast znieczulanie rdzeniowe zapomocą eukainy $\alpha$ znosili chorzy tacy dobrze. Pijacy nałogowi skłonni są daleko więcej (o 7%) do ropienia, niż niealkoholicy, a sprawy ropne przebiegają u nich daleko burzliwiej. Najwybitniejszem jest usposobienie alkoholików do zgorzeli z jakichbądź przyczyn. Najważniejszem powikłaniem przewlekłego pijaństwa jest obłęd opilczy (25 przypadków, z których umarło 10-ciu); ma on bowiem bardzo niekorzystny wpływ na gojenie, a chory sam sobie może być niebezpiecznym z powodu braku czucia.

58. Dr. O. Polák (Praga). **Przyczynek do leczenia tężca.** Autor starał się w myśl teoryi Ehrlicha wzmocnić działanie surowicy przeciwtężcowej przez wyszukanie i dodanie odpowiedniego „komplementu“. Jak dotąd, udało mu się podnieść działanie surowicy przez dodanie rozczynu fizyologicznego.

59. Dr. J. Landr (Praga). **Przyczynek do etyologii czarnej choroby u noworodków (melaena neonatorum).** W największej części przypadków czarnej choroby noworodków (krwotoki z przewodu pokarmowego) jest kiła i posocznica, wychodząca z pępka, lub z innego miejsca zranionego. Z reszty przypadków oznaczamy niektóre, jako chorobę Buhla, inne jako chorobę Winckla, lub jako *melaena neonatorum vera*. We wszystkich wymienionych chorobach objawy i zmiany anatomiczne bardzo są do siebie podobne, a przyczynę wszystkich upatrują autorowie w zakażeniu z kiszek. Podobnie tłómaczy autor sam i swój przypadek. Zakażenie to powoduje prawdopodobnie rozkładająca się woda płodowa, która przedostać się może do przewodu pokarmowego dziecka.

60. Prof. J. Doyl (Praga). **Znaczenie pola widzenia w akromegalii.**

61. Dr. E. Weidenhofer (Praga). **Przyczynki do** ***siderosis*** **oka.**

62. Dr. K. Bailoni (Praga). **Badanie nad szerzeniem się jaglicy w Czechach.** W latach 1891—1900 leczono w klinice prof. Schöbla 3156 przypadków jaglicy z Czech (oprócz chorych w klinice niemieckiej), co wobec ogólnej liczby ambulantów 73.513, wynosi 4·29%. Porównując następnie liczby chorych w pojedynczych powiatach, wylicza autor okolice, w których jaglica jest rzadką (0·01—0·1: 10.000), a z drugiej strony miejsca z wielką liczbą cho-

rych (0·7—1: 10.000); wogóle jednak jaglica jest chorobą w Czechach niezbyt częstą. Największy odsetek wykazuje Praga i jej okolica (gęsta ludność i niziny nad rzekami). W Pradze samej okazał się znaczniejszy przyrost w roku 1892—93, co autor odnosi do powodzi w roku 1890. Walka z jaglicą nie doprowadziła dlatego do wielkich wyników, ponieważ stosunków higienicznych w miastach i fabrykach nie można zmienić odrazu, a również dlatego, że jaglica jest przeważnie chorobą ludności uboższej.

63. Dr. F. Zahradnický (Něm. Brod.). **Statystyka usypiań w celach operacyjnych.** Autor zebrał 32.092 uśpień; w liczbie tej zdarzyła się 132 razy zamartwica i 9 razy śmierć, czyli na 243 uśpień jedna zamartwica, a na 3585 jeden przypadek śmierci. Używano:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| chloroformu . · . . | 24.377 | razy, | 72 | zamartw., | 8 | razy | śmierć. |
| eteru . . . . . . . | 1.408 | „ | 4 | „ | 0 | „ | „ |
| z początku chloroformu, później eteru . . . | 192 | „ | 6 | „ | 0 | „ | „ |
| chlorof. + eteru aa . . | 392 | „ | 4 | „ | 0 | „ | „ |
| chlorof. + *spirith. terebinth* | 421 | „ | 2 | „ | 0 | „ | „ |
| mięszanki Billrotha . | 5.124 | „ | 44 | „ | 1 | „ | „ |
| brometylu . . . . . | 142 | „ | 0 | „ | 0 | „ | „ |

Autor wypowiada prośbę do wszystkich kolegów czeskich, polskich, słoweńskich, kroackich i serbskich, ażeby zechcieli statystykę tę uzupełniać tak, aby na IV-tym Zjeździe mowa liczb była jeszcze wyraźniejszą.

64. Dr. Čipek (Praga). **O opatrywaniu pępka.** Ażeby zapobiedz zakażeniom ze strony pępka, należy jaknajbardziej ułatwiać jego fizyologiczne oddzielanie się (mumifikacyę) — dlatego niektórzy radzą, aby dziecka nie kąpać, albowiem dla utrzymania czystości wystarczy zupełnie przewijanie i zmiana mokrej bielizny. W czeskiej szkole położniczej są pod tym względem wyniki dobre.

8. Dr. M. Čačković (Zagrzeb). **Dyagnostyka ogólnego zmniejszenia żołądka.** W przypadku przez autora spostrzeganym (*cirrhosis ventr.*) spotkano następujący szereg objawów: chory zjada tylko nieznaczną ilość pokarmów na raz, a wymiotując wydala również tylko małą ilość. Bóle nie są zależne ani od jedzenia, ani od wymiotowania, bo żołądek utracił zdolność kurczenia się, a wymiotowanie jest poprostu przeciskaniem się z przepełnionego żołądka. Stolec przeważnie zaparty. Wkrótce występuje zapad sił. Przedmiotowo okolica żołądka jest zapadła, brak odgłosu wypukowego. Czasami wyczuć można pod lewym łukiem opór lub guz. Przez nadymanie nie można żołądka rozszerzyć i czuć wtedy napięte jego ściany. Zgłębnik żołądkowy wchodzi nieco niżej wpustu, za którą już napotyka na przeszkodę. Przez zgłębnik dęty wydobyć można bardzo mało, lub wogóle nic, treści żołądkowej, a tosamo dzieje się odwrotnie przy wlewaniu płynów.

(Koniec sprawozdania z sekcyi chirurgicznej).

## VIII. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

**Dr. Jan Landau.**

*Sekcya chorób dzieci.*

(Ciąg dalszy).

6. Bókay (Peszt): **Obecny stan nauki o intubacyi.** Na podstawie własnych 1261 przypadków, oraz wyników zebranych z piśmiennictwa już z góry zaznacza B., że intubacya, jako zabieg mniej niebezpieczny, a przytem łatwiej wykonalny i bezkrwawy, zasługuje na pierwszeństwo przed tracheotomią. W przebiegu dławca intubacya nie może zastąpić tracheotomii w przypadkach, *a)* w których obok zwężenia krtani jest wysokiego stopnia zwężenie gardła i *b)* jeżeli z powodu obrzęku wstępu do krtani nie można się spodziewać skutku po intubacyi. Intubacyę wykonuje prelegent dopiero wtedy, jeżeli zwężenie krtani jest trwałe i grozi dziecku uduszeniem. Od czasu wprowadzenia surowicy (1894) uniknięto zabiegu operacyjnego w 37% przypadków zwężenia i dlatego nie powinno się za wcześnie intubować, gdyż niekiedy i intubacya sprowadza pewne nieprzyjemne objawy uboczne. Intubacyę można wykonywać zarówno w praktyce prywatnej, jak i u chorych szpitalnych. W praktyce na wsi, gdzie chory pozostaje bez nadzoru lekarza, zaleca prelegent wykonanie tracheotomii na leżącym tubusie, gdyż to ułatwia operacyę. Co do związku między intubacyą a zapaleniem płuc u osobników intubowanych, nie widzi B. w intubacyi głównej przyczyny zapalenia. Bardzo rzadko występują zapalenia płuc zachłystowe.

Dla leczenia owrzodzeń, powstałych po intubacyi na chrząstce pierścieniowatej, zaleca B., na podstawie dobrych wyników w sześciu własnych przypadkach, polecone przez O'Dwyera wprowadzanie rurek z bronzu o wązkich szyjkach; rurki te są napojone (impregnowane) ałunem i powleczone żelatyną. Obecnie B. używa tych rurek w każdym przypadku, w którym rurka ma leżeć przeszło 100 godzin i jeżeli objawy wskazują na obecność owrzodzeń skutkiem ucisku.

7. Siegert (Strassburg): **Intubacya i tracheotomia w błonicy od czasu stosowania surowicy.** Na podstawie materyału wyłącznie szpitalnego, obejmującego 22.600 przypadków, leczonych w 93 szpitalach europejskich z miast, z liczbą mieszkańców powyżej 50.000, dochodzi S. do następujących wniosków: 1) Tracheotomia i intubacya w szpitalu daje w 11.104 przypadkach tracheotomii i 11.511 przypadkach intubacyi, śmiertelność 34·24 względnie 34·27%, czyli śmiertelność jest jednaka. 2) Dla osiągnięcia tego wyniku intubacya wymaga pomocy pierwotnej i następowej tracheotomii. 3) Przez zastąpienie tracheotomii intubacyą śmiertelność się nie zmniejszyła. 4) Wyłączna tracheotomia, a w wyższym stopniu wyłączna intubacya, nie mają racyi bytu. 5) Tylko użycie obu zabiegów daje najlepsze wyniki.

Wyliczając wady i zalety tracheotomii S. nie zaprzecza, że w przypadkach, w których intubacya wystarcza, nie należy robić tracheotomii, gdyż jestto zabieg cięższy. Ażeby jednak módz wydać ostateczny sąd co do korzyści zabiegów operacyjnych w błonicy krtani, należy: 1) zebrać dokładne wiadomości kliniczne o materyale szpitalnym z uwzględnieniem przypadków dławca operowanych i nie operowanych; 2) oznaczyć dokładnie wskazania dla intubacyi i dla tracheotomii pierwotnej i 3) określić dokładnie warunki i czas, w którym tracheotomia następowa ma być wykonana. Wtedy dopiero będziemy się mogli spodziewać lepszych wyników w leczeniu błonicy.

8. Pels-Leusden (Berlin): **O zwężeniu z intubacyi.** Spostrzeżenie dotyczy trzech przypadków, w których po intubacyi wykonano tracheotomię, duszność jednak mimo to nie ustąpiła. Siedzibą zwężenia była większa część chrząstki pierścienio-tarczykowej i górnych pierścieni tchawicy. Zabieg operacyjny polega tu na wycięciu blizny, na plastycznem pokryciu ubytku, wprowadzeniu kaniuli Schimmelbuscha, a wreszcie po kilku miesiącach usuwa się kaniulę. Dzieci te mówią głosem grubym, męzkim.

9. Müller (Berlin): **Przyczynek do statystyki śmiertelności z błonicy w Niemczech.** Statystyka obejmuje lat dwanaście, a mianowicie: sześć lat przed używaniem surowicy (1889—94) i sześć lat z surowicą (1895—900 włącznie) i polega na materyale 90 miast z liczbą około 10 milionów mieszkańców. Badania te wykazały, że od roku 1895 śmiertelność obniżyła się znacznie i wynosiła w tym okresie $\frac{1}{3}$ śmiertelności okresu poprzedniego, a wynik ten znakomity odnosi M. wyłącznie do surowicy Behringa.

10. Trumpp (Monachium): **Dalsze losy dzieci tracheotomowanych i intubowanych, które pozostały przy życiu.** Autor starał się na podstawie dostępnego materyału dowieść, ile jest prawdy w spostrzeżeniu Landouzyego, że osobniki tracheotomowane z powodu dławca w małej tylko liczbie dosięgają wieku męzkiego. Materyał ten zebrany w wojsku i w większych szpitalach. Jakkolwiek materyał ten nie jest zbyt wielki, autor wysnuwa z niego następujące wnioski: 1) twierdzenie Landouzyego, dotyczące dalszego losu tracheotomowanych, przynajmniej co do państwa niemieckiego, niema racyi, gdyż tracheotomia tylko wyjątkowo czyni ustrój skłonnym do gruźlicy; 2) jednakże, według zdania lekarzy wojskowych, znaczny odsetek operowanych z powodu dławca okazuje pewne objawy następowe, ale to odnosi się zarówno do tracheotomowanych, jak i do intubowanych.

11. Pfaundler (Grac): **O zaburzeniach późniejszych po intubacyi i tracheotomii.** Śledząc za stanem zdrowia 262 dzieci intubowanych lub tracheotomowanych w klinice Eschericha, w okresie od 1890—1899 r. zdołał P. dowiedzieć się o losie 173 dzieci. Z tych 8 umarło bezpośrednio po opuszczeniu szpitala: z 165 pozostałych 137 (83,08%) nie chorowało lub zasłabło na choroby, niemające żadnego związku z wykonanym zabiegiem: 16 (9,70%) skarżyło się na nieznaczne dolegliwości, jak: lekki bezdech przy bieganiu, głos czasowo bezdźwięczny, mowa niewyraźna, lekkie jąkanie się; 12 (7,27%) zaś cierpiały na: trwałą chrypkę średniego lub wysokiego stopnia (3), miernego stopnia bliznowate zwężenie

tchawicy (3), przewlekłe zapalenie płuc (3) i na gruźlicę (3). Z tych 173 dzieci 141 intubowano, 16 tracheotomowano, a u reszty wykonano obydwa zabiegi. P. spostrzegł, że u intubowanych nie zauważono chorób narządu oddechowego częściej, aniżeliby odpowiadało zwykłemu schorzeniu dzieci w tym wieku. Związku choroby z zabiegiem operacyjnym nie można było wykazać. Wyraża więc P. przekonanie, że niema mowy o poważniejszych zaburzeniach po intubacyi.

Dyskusya: Rauchfuss na podstawie własnego materyału wykazuje, że śmiertelność w przypadkach dławca jest równa śmiertelności w przypadkach bez cieśni. Jeżeli jest dużo przypadków śmierci z powodu zakażenia, wzrasta również śmiertelność w przypadkach z cieśnią, zarówno w przypadkach operowanych, jak i nie operowanych. Umierają one wszystkie z powodu ciężkiego zatrucia, spowodowanego właściwym *genius epidemicus*. Dlatego też liczby statystyczne nie mają wartości, dopokąd nie mamy określenia stałego dla jadowitości jadu w pojedynczych przypadkach.

Ganghofner intubuje i tracheotomuje zależnie od przypadku. Statystyka Siegerta nie jest dokładna, gdyż nie uwzględnia wieku operowanych, co jest bardzo ważne ze względu na śmiertelność.

Förster żąda dokładnego określenia wskazań dla intubacyi i tracheotomii. Przeciw intubacyi przemawia to, że po jej wykonaniu wykrztuszanie ustaje i ta okoliczność powoduje często zapalenia płuc przez zachłystywanie się po intubacyi.

Baginsky w 244 przypadkach wykonał tylko intubacyę, a z tych zmarło $22 = 10\%$. Z 370 przypadków intubacyi z następową tracheotomią zmarło 95 dzieci. Sądzi przeto, że przy cieśni krtaniowej należy naprzód wykonać intubacyę. Przeciwwskazaniem dla tego zabiegu jest wiek poniżej 1-go roku życia i wyraźny dławiec zstępujący.

Soltmann uważa czas trwania choroby i stan ogólny pacyenta za czynnik rozstrzygający, czy zastosować intubacyę, czy też tracheotomię; przypadki posocznicze dają zawsze wyniki złe. W przypadkach świeżych należy intubować, przy osłabieniu serca tracheotomować, gdyż po tracheotomii oddech i wykrztuszanie są bardziej ułatwione; po intubacyi zaś wykrztuszanie prawie że niemożliwe.

Trumpp w każdym przypadku zaleca możliwie wczesną intubacyę.

Szóntagh zasadniczo jest za pierwotną intubacyą z zastrzeżeniem wyboru przypadków, nadających się do tracheotomii.

Selter uważa, że *genius epidemicus* błonicy jest obecnie osłabiony. Z dobrym skutkiem wykonuje także intubacyę u dzieci poniżej jednego roku życia.

Siegert jeszcze raz kładzie nacisk, że intubacya i tracheotomia, użyte razem i w odpowiednim przypadku, każą się spodziewać najlepszych wyników w leczeniu błonicy krtani w wieku dziecięcym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## IX. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

# Odezwa.

W wykonaniu uchwały Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zawiązała się z grona jego Komisya przemysłowo-lekarska, której zadaniem jest działać w kierunku podniesienia krajowego przemysłu lekarskiego, mianowicie wspierać już istniejącą wytwórczość na polu środków leczniczych i higienicznych, a zarazem zachęcać i pobudzać do wyrabiania przetworów, dostarczanych nam dotąd z zagranicy — tak, jak to od wielu lat czyni już z pożytkiem Komisya przemysłowo-lekarska, wybrana z łona Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Przemysł lekarski stanowi znaczną gałąź ogólnego przemysłu, tak więc, jak kraj cały stara się o popieranie przemysłu swojskiego, chcą również i lekarze w pracy tej wziąć udział w swoim zakresie.

Dużo już pod tym względem zrobiła podobna do naszej komisya krakowska; obecnie chodzi o rozszerzenie działania i na wschodnią część kraju, gdzie właśnie znajduje odbyt bardzo dużo przetworów i wyrobów zagranicznych, któreby się snadnie dały zastąpić naszymi.

Suma pieniędzy, idących z kraju za granicę na przetwory lecznicze, higieniczne, odżywcze, wyroby chirurgiczne, opatrunki, dalej na rozmaite środki farmakologiczne, jest wcale pokaźna. Część tej sumy możemy zatrzymać u siebie i to część znaczną, o ile nie chodzi o wyroby, których mieć nie możemy w naszym kraju.

Ma się rozumieć, że wyroby nasze nie powinny ustępować w jakości i we wszystkich własnościach wyrobom obcym, przeto Komisya może popierać te tylko wyroby, których wytwarzanie odbywać się będzie pod nadzorem i kontrolą komisyi.

W tym też celu zwraca się Komisya do wszystkich przemysłowców, wyrabiających lub mających zamiar wyrabiać przetwory lecznicze, wogóle do osób zajmujących się przemysłem lekarskim, a więc do wytwórców wyrobów leczniczych, higienicznych, odżywczych, opatrunkowych, przyrządów i przyborów lekarskich wszelkiego rodzaju, do zarządów zdrojowych i kąpielowych, aby, chcąc uzyskać polecenie znawców zawodowych, zgłaszali się do Komisyi, której zadaniem będzie następnie wyroby wypróbowane otaczać opieką i popierać.

We Lwowie, w październiku r. 1901.

| | |
|---|---|
| *Prof. Dr. A. Beck,* Prezes Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. | *Prof. Dr. A. Gluziński,* Prezes Komisyi przemysłowo-lekarskiej. |

*Dr. Stanisław Eljasz Radzikowski,*
Sekretarz Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

We wszystkich sprawach należy się zgłaszać pod adresem: *Komisya Przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego — we Lwowie — Klinika lekarska.*

***Otrzymujemy następujące pismo:***

*Wieliczka d. 5 listopada, 1901.*

**Do Szanownej Redakcyi „Przeglądu lekarskiego" w Krakowie.**

Upraszamy uprzejmie o łaskawe umieszczenie w łamach Szac. pisma, co następuje:

»Zwracamy uwagę p. t. Szan. Kolegów na konkurs rozpisany w »Nowej Reformie« z dnia 5 listopada na lekarza kasowego w Wieliczce i nadmieniamy, że rozpisanie tego konkursu nastąpiło wskutek nieporozumień z dotychczasowym lekarzem Kasy chorych Drem Spitzlem. Powodem tych nieporozumień były wygórowane żądania, w wysokim stopniu uwłaczające godności lekarza, jakie stawiał Zarząd tejże Kasy, według instrukcyi przesłanych dotychczasowemu lekarzowi. Koledzy miejscowi solidaryzują się zupełnie z Kol. Drem Spitzlem i uważają za stósowne, aby Koledzy, którzyby ewentualnie zamierzali ubiegać się o tę posadę, porozumieli się poprzednio z lekarzami w Wieliczce«.

Z prawdziwym szacunkiem

| | |
|---|---|
| *Dr. Stanisław Steiner* c. k. fizyk salinarny. | *Dr. Podobiński* lekarz miejski. |

## X. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 7 listopada.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Gliński okazał rzadki preparat anatomiczny; kol. prof. Rosner opisał szereg zajmujących i rzadkich przypadków z zakresu kazuistyki ginekologicznej. Odczyt kol. doc. Bochenka z powodu spóźnionej pory został odłożony do posiedzenia następnego. W dyskusyi nad odczytem kol. Rosnera zabierali głos koledzy: Jordan, Borzęcki, Kryński i Cercha.

* W Krakowie zawiązało się Towarzystwo dermatologiczne, którego celem jest »utrzymanie się na równi z dzisiejszym stanem dermatologii, przyczynianie się do jej postępu, zwłaszcza w kierunku praktycznym i obznajmianie zagranicy z polskiem piśmiennictwem w zakresie dermatologii«.

Pierwsze posiedzenie odbyło się w niedzielę; na niem wybrano urzędników Towarzystwa, mianowicie: prezesa (kol. prof. Reiss), wiceprezesa (kol. Dr. Schwarz), podskarbiego (kol. Dr. Boczar), dwóch sekretarzy (I-go kol. Dr. Żydłowicz i II-go kol. Dr. Pacyna). Po ukonstytuowaniu się odbyło się posiedzenie naukowe. Nowemu ognisku pracy naukowej życzymy pomyślnego rozwoju.

* W zestawieniu statystycznych dat frekwencyi na wydziałach lekarskich wszechnic austryackich wynika znaczne stopniowe obniżanie się liczby słuchaczów w ostatniem 10-leciu. W r. 1891 było zapisanych 5275; w r. 1892—5193; 1893—4985; 1894—4686; 1895—4297; 1896—3954; 1897—3604; 1898—3207; 1899—2793; 1900—2555.

* Jednomyślne żądania lekarzy szpitalnych w Wiedniu osiągnęły pożądany skutek: władza postanowiła uczynić tym uzasadnionym żądaniom zadość pod każdym względem, kosztem 122.000 koron rocznie.

* Miasto Frankfurt przekazało 500.000 Mk. prof. Ehrlichowi do użycia na badanie raka. Ehrlich wezwał do pomocy zoologa Weidenrucha.

* Komitet gospodarczy XIV-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Madrycie postanowił rozdzielić sekcyę otologii, rynologii i laryngologii na dwie sekcye: otologiczną i ryno-laryngologiczną.

* W budżecie państwa na rok 1902 preliminowano na Uniwersytet lwowski 954.096 koron, na krakowski 1,291.657 koron. W szczegółowym wykazie nie znajdujemy ani jednej nowej inwestycyi, żadnej oznaki rozwoju.

**Mianowania i odznaczenia.** Profesorem anatomii opisowej w wojskowej akademii lekarskiej w Petersburgu mianowany został rodak nasz Dr. J. Szawłowski. Prof. Dr. Ksawery Gałęzowski wybrany został członkiem honorowym Akademii w Meksyku, w miejsce opróżnione przez śmierć Pasteura.

**Nekrologia.** Dnia 30-go października zakończył życie w Stryju Antoni Papieski, licząc lat 56. Urodził się r. 1844 w Seredźcach, gubernii Radomskiej, szkoły średnie odbył w Radomiu, a w roku 1863 wziął udział w walce narodowej pod generałem Czachowskim; raniony, dłuższy czas leczył się w Krzeszowicach. Odzyskawszy zdrowie udał się do Zurychu, gdzie się wpisał na wydział inżynieryi, po roku jednak przerzucił się na medycynę, którą studyował w Paryżu, a następnie w Krakowie, gdzie w r. 1876 otrzymał dyplom doktora wszechnauk lekarskich, uzyskał obywatelstwo austryackie i przeniósł się do Stryja na posadę lekarza kolejowego, którą piastował przez lat 25. Zaprawdę ciężka była praca na tem stanowisku, kiedy się zważy, że prócz objazdów po stacyach i budkach swojej sekcyi, miał w samym Stryju przeszło 300 rodzin robotników w warsztatach kolejowych, którym niósł opiekę lekarską. To też zbyt wcześnie sterał swe siły w tej ciężkiej pracy, nabawił się choroby płuc, nerek, stawów i po długich cierpieniach zakończył życie uczciwego człowieka, zasłużonego lekarza i obywatela. Lud roboczy otaczał szczególną opieką: za jego wstawieniem się umieszczono w warsztatach kolejowych znaczną liczbę pracowników, którzy przez wdzięczną pamięć tłumnie przybyli na smutny obrzęd pogrzebowy i na własnych barkach przenieśli zwłoki swego dobroczyńcy na dworzec w Stryju, zkąd przewieziono je do Krakowa, gdzie spoczęły w grobie rodzinnym.

Ś. p. Papieski należał do założycieli Towarzystwa zaliczkowego w Stryju i do śmierci piastował w niem urząd członka Rady nadzorczej. Był kolegą serdecznym, obywatelem bez skazy, dobrym synem tej ziemi, dla której pierś nastawiał, — niech mu ta ziemia będzie lekką. *Dr. Serkowski.*

Dr. Yanez y Font, prof. sądowej medycyny zmarł w Madrycie. Dr. Chievitz, prof. anatomii, zmarł w Kopenhadze. Dr. Jones, prof. okulistyki, zmarł w Chicago. Prof. Koenig, kierownik oddziału w instytucie fizyologicznym w Berlinie, zmarł, licząc lat 46.

**Bibliografia:**

**Prace Sekcyi gruźliczej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1900 r.** Dzieło to wyszło nakładem i staraniem lekarzy warszawskich pod redakcyą: prof. Baranowskiego, Dra Dunina, Dra Hewelke, Dra Łoguckiego, Dra Sokołowskiego i Dra E. Zielińskiego; zawiera 22 prac o gruźlicy ze stanowiska bakteryologicznego, statystycznego, klinicznego, leczniczego, zapobiegawczego i t. d. Całość stanowi całokształt wiedzy o gruźlicy w dobie dzisiejszej. Dla nas, lekarzy polskich, książka ta ma doniosłą wartość, ze względu na zebranie dat i wskazówek, dotyczących naszej rasy, przebywającej w mniej więcej zbliżonych warunkach, które, jak wiadomo, wywierają wielki wpływ na przebieg gruźlicy i statystykę śmiertelności z tej choroby. Dzieło, o którem piszemy, posiada niezaprzeczoną wartość i zasługuje na najwyższe uznanie dla nakładców i wydawców, którzy tak zacnie pojęli swe zadanie lekarzy-obywateli i tak wspaniale uświetnili Zjazd przeszłoroczny.

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Rubin: Przypadek »gastritidis toxicae« i zwężenia odźwiernika w następstwie zatrucia kwasem azotowym. Świętochowski: O wpływie alkoholu na krążenie krwi. (c. d.). Grudziński i Konwerski: Światło, jako środek leczniczy (dok.).

— *Medycyna* Nr. 44. Steinhaus: O nowotworach mięszanych ślinianek. Czaplicki: O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr 44. Babák: Pojem biologie. Hüttel: Operativni lečeni diphteritických stenos laryngu v prvém desitileti české dětské kliniky.

— *La Presse médicale* Nr. 87. Rana postrzałowa prezydenta Mac-Kinleya. — Nr. 88. Hayem: Wrzód okrągły żołądka przeobrażony w wrzód rakowaty w okolicy odźwiernika.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Moro: Stosunek biologiczny między mlekiem a surowicą. Schmit: O nabłoniaku kosmówkowym pochwy obok zdrowej macicy. Friedjung: Niektóre uwagi nad nakłóciem lędźwiowem w gruźliczem zapaleniu błon mózgowych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 44. Strauss: Przyczynek do badań nad czynnością wątroby. Michaelis: Przyczynek do teoryi barwienia tłuszczu. Lewin: O niektórych właściwościach biologicznych fenilohidrazyny. Schüder: O wydzielaniu prątków durowych moczem. Shiga: Badania nad nagminną czerwonką w Japonii, szczególnie ze względu na prątka czerwonki. (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 44. Trendelenburg: Wyleczenie wrodzonego rozszczepu pęcherza z utrzymywaniem moczu. Jordan: O powstawaniu guzów, gruźlicy i innych schorzeń narządów po zadziałaniu tępego urazu (wyłączając złamania, zwichnięcia, przepukliny i nerwice urazowe). Krönig: Zastosowanie w praktyce fabrycznie wyjałowionego materyału do szycia. Keil: Przypadek uporczywego kichania podczas ciąży. Klemm: Kilka uwag o swoistości bakteryj. Stern: Rama do unoszenia w złamaniach kości udowej u małych dzieci. Stich: Urobilina w płynie przesączynowym.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44. Baumgarten: O działaniu i wpływie histologiczno-patologicznym prątka gruźlicy. Dührssen: Kolpoceliotomia przednioboczna, jako nowa pochwowa droga operacyjna w jamie brzusznej. Belzer: O leczeniu strumieniami gorącego powietrza metodą Freya. Placzek: Przyczynek do anatomii patologicznej rdzeniowego porażenia u dzieci.

**Redakcya otrzymała:** Franqué: Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Fronczak: 1) Quackery: Several of its dangers and remedy for same. 2) Alcoholism. — A Crime or a Disease. Skrzywan: Naszi świedienija o tarabaganiej czumie. Dr. Heiman: Choroby narządu słuchowego.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę d. 13 listopada, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. doc. Bochenek mówić będzie „O drogach czuciowych rdzeniowych“; 2) kol. doc. Raczyński „O zakażeniu gruźliczem u dziecka“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.